

I manuali SIFO

Il counselling e le abilità comunicativo-relazionali nella professione del farmacista clinico/ospedaliero



A cura di Daniela Scala

Area Scientifico Culturale SIFO

“Informazione scientifica, educazione ed informazione sanitaria”



SIFO

edizioni
ilcampano



Società Italiana di Farmacia Ospedaliera
e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie

I manuali SIFO

Il counselling e le abilità comunicativo- relazionali nella professione del farmacista clinico/ospedaliero

Daniela Scala

*Area Informazione Scientifica, Educazione ed Informazione
Sanitaria*

edizioni
ilcampano

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio Paolo Serra, già referente nazionale SIFO per le Scuole di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, che mi esortò a scrivere un manuale sulla comunicazione ad uso dei nostri specializzandi.

Uno speciale “*grazie*” va a mia figlia Mirella per il disegno in copertina.

ISBN 978-8-86528-366-0

© 2016 by Edizioni Il Campano

Via Cavalca, 67, 56126 Pisa

Tel. 050 580722

info@edizioniilcampano.it

www.edizioniilcampano.it

Indice

<i>Prefazione</i> di Marcello Pani.....	7
<i>Antesignana nella tradizione</i> di Maria Ernestina Faggiano.....	9
<i>Nota dell'autore</i>	11
1. Le competenze comunicativo-relazionali	13
1.1 Introduzione	13
1.2 La comunicazione: significati e modelli.....	14
1.3 La competenza comunicativa	20
1.4 La pragmatica della comunicazione umana. Gli assiomi della comunicazione	21
1.5 La comunicazione verbale e analogica	26
1.6 L'ascolto	32
1.7 Le barriere alla comunicazione	37
2. Il counselling	43
2.1 Introduzione	43
2.2 Il colloquio centrato sul cliente: Carl Rogers.....	44
2.3 Atteggiamenti di base: congruenza o autenticità, accettazione incondizionata, empatia	46
2.4 Le tecniche rogersiane: le questioning skills (capacità di indagine), la riformulazione, il feedback fenomenologico...	47
3. Il valore aggiunto del counselling nella professione del farmacista	49
3.1 Il counselling in ambito sanitario, normativa e formazione ...	49
3.2 Il ruolo del counselling in Farmacia: distribuzione diretta, aderenza, ricognizione e riconciliazione farmacologica.....	54
3.3 Il metodo del Teach Back e Prime Questions.....	63

3.4 Medicina Narrativa.....	64
3.5 Medical Humanities.....	68
<i>Bibliografia</i>	73

Prefazione

di Marcello Pani

Presidente SIFO e Coordinatore Area Logistica Farmaceutica

In ambito sanitario il termine “Counselling” è oggi molto gettonato e viene ampiamente utilizzato anche facendo molta confusione sul suo significato.

Se ne parla in numerosi meeting, corsi e convegni sanitari perché le cosiddette abilità del Counselling sono ritenute indispensabili in ambito sanitario e i farmacisti, come tutti i professionisti della salute, hanno bisogno di avere competenze comunicative, relazionali e sociali di alto livello.

Sono ormai ampie e significative le esperienze pubblicate nella letteratura internazionale a supporto dell'importanza del Counselling declinato alla professione del farmacista del Sistema Sanitario Nazionale, sia ospedaliero che territoriale. Inoltre, il progressivo passaggio negli ultimi anni da un'attività centrata sul farmaco a quella orientata alla clinica hanno inevitabilmente avvicinato il farmacista al paziente e agli altri professionisti della salute.

Il paziente ha alcune esigenze irrinunciabili: ha bisogno di orientarsi nella cura, di ricevere informazioni e indicazioni chiare e comprensibili, ha necessità di esprimere richieste, dubbi, incertezze, emozioni. Per questi motivi deve trovare al proprio fianco nei momenti decisionali dei professionisti con competenze comunicative e relazionali che non si possono improvvisare.

Il Ministero della Salute nel 2014 con le “Linee di indirizzo sugli strumenti per concorrere a ridurre gli errori in terapia farmacologica nell'ambito dei servizi assistenziali erogati dalle Farmacie di comunità” ha introdotto il Counselling in Farmacia e la figura del Farmacista Counsellor.

Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca in concerto con il Ministero della Salute, inoltre, nel Decreto Interministeriale n. 68 del 4 febbraio 2015, relativo al riordino scuole di specializzazione di Area Sanitaria, ha introdotto tra le attività professionalizzanti obbligatorie nell'ambito della Farmacia Ospedaliera, il Counselling al paziente in sede di dispensazione dei farmaci.

In Italia sono stati pubblicati e resi disponibili alcuni testi sul Counselling Sanitario, dedicati in particolar modo al medico e all'infermiere.

Questo manuale SIFO, il primo rivolto alla professione del Farmacista, è stato realizzato da Daniela Scala, coordinatore della nostra Area Informazione Scientifica, Educazione ed Informazione Sanitaria. La collega si dedica da anni all'educazione del paziente "cronico", all'aderenza alle terapie e all'integrazione tra l'expertise scientifico e quello umanistico.

Il volume, oltre a fare chiarezza sul significato del Counselling e sulla necessità di una formazione ad hoc per attuare interventi non improvvisati dal punto di vista relazionale, ha lo scopo di fornire ai farmacisti una panoramica sui principi base della comunicazione-relazione interpersonale e del Counselling in generale, e più specificatamente mette in evidenza il valore aggiunto del Counselling alla professione del farmacista.

Un sentito ringraziamento per la realizzazione di questo volume va all'autore per l'eccellente contributo offerto alla nostra professione ed alla TEVA che ha reso possibile l'iniziativa.

Antesignana nella tradizione

di Maria Ernestina Faggiano, Direttore Scientifico SIFO

Prima ancora che il Counselling diventasse un mantra per il farmacista, già Daniela Scala esercitava la professione di Counsellor della terapia, antesignana di ciò, che l'atto di indirizzo del Ministero della Salute del 2016, per citare uno dei tanti documenti ufficiali, indica come processo essenziale per favorire il benessere del paziente. Potrebbe apparire strano per i più che una professione tecnica come la nostra si interessi di una materia umanistica; eppure, numerosi studi dimostrano quanto affiancare il paziente, informandolo sui farmaci, possa renderlo più sicuro e aderente alle terapie, più consapevole e pronto a collaborare con i sanitari per migliorare il suo stato di salute. Il Counselling cementa il rapporto tra paziente e farmacista, che proprio con esso può conoscere le necessità "farmaceutiche" che ogni malato ha.

L'inserimento del Counselling negli obiettivi da perseguire durante il periodo formativo della scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera (art. 2 del nuovo Decreto Interministeriale del Ministero dell'Istruzione del 4 febbraio 2015 n. 68) dimostra quanto questa attività riempirà un vuoto culturale, che Daniela con il suo libro aiuterà a colmare.

È un libro bellissimo, secondo me, perché ci lancia in una dimensione che noi farmacisti abbiamo lasciato indietro per diventare un tutt'uno con il nostro pc, i nostri robot di reparto, le ricette informatizzate pensando che il Governo Clinico possa essere soltanto un insieme di procedure e quadrature di bilancio. Ma Governo Clinico è, come il Ministero della Salute dice, *"un approccio integrato per l'ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità"*; il Counselling ci permette di "governare" e di valorizzare professionisti e pazienti recuperando dalla tradizione per essere al passo e gestire innovazioni terapeutiche appropriatamente.

Daniela, coordinatore dell'Area SIFO Informazione Scientifica, Educa-

zione ed Informazione Sanitaria, merita il grazie da parte di noi farmacisti per questo interessante scritto e per quanto si spende, con la sua umile maestria, a favore dei pazienti.

Pectore ab imo, ad maiora!

Nota dell'autore

Sono approdata al counselling per fare meglio il mio lavoro: collaboravo con il Centro per la Diagnosi e la Terapia dell'Ipertensione Arteriosa dell'AORN Cardarelli e mi resi conto che l'informazione che veniva fornita ai pazienti su patologia e trattamenti, veicolata attraverso dei pieghevoli di "qualità", veniva assimilata e anche ricordata a distanza di tempo, ma che questo non era sufficiente a farli essere aderenti alla terapia e alla modifiche dello stile di vita.

Come cambiare i comportamenti?

Ecco l'incontro con il counselling che mi ha offerto e mi offre strumenti e tecniche per migliorare la mia performance lavorativa, con l'obiettivo finale di rendere il paziente consapevole e responsabile e attore principale della gestione della sua salute/malattia.

Dedico questo manuale ai nostri specializzandi, ai loro tutor e tutti i colleghi e colleghe che ancora hanno desiderio di mettersi in gioco, con l'auspicio che funga da punto di partenza per raccogliere con coraggio una delle sfide che la sanità dei nostri tempi si trova ad affrontare: integrare scienza e umanità; dare calore al numero, sentimento al dato, anima alle equazioni chimiche.

1. Le competenze comunicativo-relazionali

1.1 Introduzione

Sin dall'inizio del nuovo millennio, sul duplice fronte economico e sociale, le dinamiche comunicativo-relazionali e operatore sanitario-paziente hanno comportato dei sostanziali cambiamenti. Lo sviluppo tecnologico nel settore sanitario e diagnostico ha reso possibile progressi sostanziali sul versante della prevenzione, della cura di molte malattie e, al tempo stesso, un miglioramento della qualità di vita del malato. Parallelamente, però, si è indebolita la prassi comunicativa operatore sanitario-paziente proprio sotto il profilo qualitativo-relazionale. L'"ubriacatura" tecnologica degli anni '70 e '80 ha spinto tutti, medici, farmacisti e pazienti, a raccontare e alimentare l'illusione che i veloci, incredibili progressi della medicina avrebbero in tempi brevi permesso di prevenire, di diagnosticare, di curare e di guarire tutte le malattie. In questa luminosa visione, il medico diventa principalmente un tecnico esperto di elevatissima qualità. È indiscutibile che i progressi tecnologici erano e sono reali, sebbene, come previsto, non abbiano risolto, se non parzialmente, le problematiche relative alla salute. L'avanzare delle tecnologie ha fatto sì che il paziente pensasse al medico e al farmacista, come ad un operaio specializzato sia pure di altissimo livello. La prestazione dei professionisti della salute è valutata dal paziente come quella di un operaio, che, se non è in grado di riparare il televisore o la lavastoviglie, è considerato incompetente. Quindi, se il medico, o il farmacista, si lascia relegare in un ruolo da tecnico, verrà valutato esattamente allo stesso modo, da chiunque. Di qui facili denunce per malasanità, campagne di stampa più o meno fondate, critiche istituzionali e politiche spesso ingenerose. Il dato incontrovertibile, infatti, dell'incremento esponenziale dei casi di contenzioso medico-legale, ha raggiunto cifre impressionanti e condiziona pesantemente la qualità della vita dei professionisti e degli stessi cittadini, oltre a generare perversi meccanismi di medicina difensiva.

Il fatto è che il paziente non è un apparecchio guasto da riparare e i professionisti della salute non sono solo tecnici esperti. Medico (o farmacista)

e paziente sono innanzitutto due persone, e l'incontro tra persone, in una situazione di coinvolgimento reciproco, definisce una relazione; cosa che non avviene, come è ovvio, tra un tecnico e un elettrodomestico. Questa semplice constatazione produce conseguenze negative e conseguenze positive. Le negative, cause del predetto, dopo "sbronza tecnologica", sono evidenti: non sempre si è in grado di individuare il "guasto"; per quanto riguarda, poi, la riparazione, la maggior parte dei "guasti", quelli seri almeno, non risulta perfettamente riparabile con restituito ad integrum, ma tutt'al più rabberciabile; inoltre, è raro che ci si trovi davanti a un unico "guasto": in genere, i "guasti" sono numerosi e correlati in modo così complesso, che non si sa da dove cominciare e può capitare di correggerne uno danneggiandone un altro. Superando la metafora ammettiamo, dunque, che si riesca a trovare il "guasto", l'organo danneggiato, e che si disponga di mezzi adatti a ripararlo, almeno provvisoriamente; ad un certo punto, ci si trova nella condizione di dover comunicare al titolare dell'organo in questione per proporgli interventi diagnostici e terapeutici, modifiche dello stile di vita, rinunce a comportamenti a rischio, cioè, tutte cose in sé piuttosto sgradevoli. Comunicazioni di questo tipo richiedono tra l'operatore sanitario, il paziente e i suoi familiari (che non devono mai essere dimenticati, anche se non sono fisicamente presenti) una competenza comunicativa che non può essere lasciata alle doti naturali e alla buona volontà del singolo¹.

Tornando ai casi di malasanità, un terzo dei casi di lite scaturisce, come riportato annualmente dal rapporto PIT Salute di Cittadinanzattiva-Tribunale del Malato, da un chiaro deficit di comunicazione e di umanizzazione nel corso della cura. *"Di tutte le cause che vengono avviate per responsabilità medica, solo in un terzo – precisa il PIT 2012 – c'è l'errore e la negligenza professionale del medico. In un altro terzo dei casi le cause sono infondate, senza alcun riscontro scientifico, e nel resto dei casi dipendono dalla rottura dell'alleanza terapeutica, magari da una mancata copertura psicologica del paziente, di un abbandono del paziente da parte della struttura sanitaria"*, spesso caratterizzato da una cattiva comunicazione².

1.2 La comunicazione: significati e modelli

Dal punto di vista dell'esperienza quotidiana, la comunicazione costituisce il substrato di qualsiasi scambio sociale, sia che ci si ponga dal punto di vista delle relazioni interindividuali sia che si adotti una prospet-

tiva macrosociale. Essendo la comunicazione così connaturata alla stessa essenza umana, spesso la competenza comunicativa è considerata un processo naturale se non proprio istintivo, che viene in qualche modo da sé, che si apprende in modo informale, e in modo semplice può essere gestito. I tanti problemi, che però conseguono a una cattiva conduzione delle comunicazioni, fanno sorgere quanto meno dei dubbi sul fatto che gli apprendimenti informali, in questo campo, assicurino la messa in campo di processi efficaci e la produzione di risultati adatti. Ecco perché è necessario uno sforzo di ulteriore apprendimento e formazione, che talvolta si affiancano alle modalità già apprese e talvolta invece contraddicono le modalità di organizzazione della comunicazione messa in campo con i soli strumenti ricavati dalla conduzione quotidiana. Comunicare in modo professionale implica, perciò, uno sforzo funzionale all'adozione e alla coniugazione consapevole di differenti dimensioni, che concorrono a dar forma a una vera e propria competenza comunicativa.

La comunicazione rappresenta, infatti, un insieme di fenomeni esteso e variamente articolato, che, da un punto di vista teorico, è stato affrontato secondo approcci differenti e in modo significativo soprattutto nel corso degli ultimi cinquant'anni. Nella sua accezione più ampia il termine è impiegato sul piano biologico, ecologico, etologico e umano per indicare quello scambio di messaggi, che va dagli organismi unicellulari agli animali, alle macchine, all'uomo, le cui forme comunicative sono studiate, a seconda della forma, della funzione e della destinazione, dalla psicologia, dalla linguistica, dalla sociologia, dalla teoria dell'informazione e dalla cibernetica³.

Figura 1: "Queste persone stanno comunicando?"

Se alla domanda della Figura 1 avete risposto "Sì, queste persone stanno comunicando", avete riconosciuto e dato dignità, alle tante maniere diverse con cui comunichiamo. Non soltanto attraverso



Fig. 1. H. Pratt. Gli scorpioni del deserto. Rizzoli 1992.

le parole (il verbale), ma anche semplicemente stando in relazione con gli altri: con i nostri silenzi, emozioni, fastidi, rimozioni, anche quando non parliamo, non vediamo, non sentiamo (il non verbale).

Comunicazione: dal greco *κοινωνέω*, partecipo, *κοινόν* comunità; dal

latino *communico*, *cum* + *munire* legare, costruire, mettere in comune, condividere (processo di costruzione di significati comuni).

L'uomo nasce come essere comunicante e, proprio grazie a questa sua caratteristica, si è evoluto in essere sociale.

L'analisi e lo studio delle regole, che governano la comunicazione, può migliorare la conoscenza delle dinamiche, che intervengono nell'interazione, e facilitare e migliorare le relazioni interpersonali.

La teoria della comunicazione si è fondata nel tempo su tre modelli principali:

- il modello meccanico;
- il modello sistemico;
- il modello relazionale.

I tre modelli, ciascuno orientato verso determinate caratteristiche della comunicazione, si integrano e completano a vicenda, a dimostrazione di quanto un'azione apparentemente così semplice sia, in realtà, un processo estremamente complesso nel quale interagiscono innumerevoli fattori.

Il *modello meccanico* fu teorizzato nel 1949 dagli americani Shannon e Weaver e nacque in funzione dell'elaborazione e analisi delle fasi del processo di trasmissione dei dati.

Attorno alla metà degli anni '50 l'approccio fisico evolve per la prima volta a favore di un approccio più legato alla comunicazione interpersonale, e si scopre che il modello di Shannon e Weaver, pur validato, manca di un elemento fondamentale: il feedback che è la risposta, il risultato, la reazione ad uno stimolo comunicativo. Quindi nel *modello sistemico*, la comunicazione è circolare, è una interazione continua tra più soggetti, questa interazione si attua all'interno di un sistema definito dalla comprensione e dal feedback. In questo modello l'attenzione si sposta dalla ricezione del messaggio alla sua comprensione. La comunicazione si realizza grazie all'atteggiamento, il comportamento, la reazione dell'interlocutore (passaggio dall'approccio fisico a quello psicologico e sociologico). La comunicazione umana è troppo ricca di elementi soggettivi per essere soddisfatta da una mera trasmissione di informazioni. Nel 1967 nasce il *modello relazionale* per il quale la comunicazione è influenzata dal contesto, è una relazione e si realizza indipendentemente dalla comprensione. Quindi la comunicazione non è considerata come un semplice passaggio di informazioni, ma diventa un atto, un evento, un processo.

Gli elementi della comunicazione sono:

1. L'emittente, il soggetto che comunica il messaggio.
2. Il ricevente, il soggetto che riceve il messaggio.
3. Il messaggio, 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 regole convenzionali utilizzato quando si comunica e senza il quale non avviene la trasmissione del messaggio. Può essere la lingua, il linguaggio gergale, il linguaggio braille per i ciechi, o quello per i sordomuti, un grafico, un disegno.
5. Decodifica: l'interpretazione del messaggio da parte del ricevente. Un punto delicato del processo comunicativo sta nella decodifica: giudizi e pregiudizi e umore influenzano in modo marcato questa fase (se ho avuto brutte esperienze con i medici in ospedale, potrei essere prevenuto verso chi parla per esempio con un camice bianco).
6. Il canale, può essere inteso sia come il mezzo tecnico esterno al soggetto con cui si trasmette il messaggio (telefono, fax, radio, televisione) sia come mezzo sensoriale coinvolto nella comunicazione (visivo, uditivo e cinestetico). Attraverso i nostri cinque sensi noi riceviamo continui stimoli, ma i ritmi di vita quotidiani rendono sempre più difficile consapevolizzare la ricchezza e l'ampiezza delle nostre percezioni sensoriali. A ciò si aggiunge la tendenza, in ognuno di noi, a privilegiare un sistema rappresentazionale personale che oltre a ricevere innumerevoli segnali dall'esterno, elabora anche la nostra propria esperienza interna, il modo in cui "pensiamo" il mondo. Ciò ci fa riflettere sull'importanza della conoscenza dei Sistemi Rappresentazionali Personali (visivo, uditivo, cinestetico) poiché ognuno di noi vive i propri rapporti sociali, il proprio approccio alla realtà, privilegiando, nella percezione o nell'invio di segnali, un sistema rappresentazionale preferito. Essere consapevoli di privilegiare un canale conoscitivo ed espressivo, rispetto ad un altro, ci consente di essere più efficaci nella comunicazione e di leggere e interpretare più correttamente le comunicazioni altrui. I sistemi rappresentazionali sono tre:

- **Visivo**
Esterno: osservazione della realtà.
Interno: visualizzazione, creazione di immagini interiori.
- **Auditivo**
Esterno: ascolto di suoni e rumori.
Interno: si creano suoni e discorsi interni.
- **Cenestesico**
Esterno: sensazioni tattili.
Interno: sensazioni ricordate, emozioni, rapporto con il proprio corpo.

Individuare e gestire i sistemi rappresentazionali permette di:

- sintonizzarsi con l'interlocutore e rendere quindi più efficace la comunicazione, utilizzando consapevolmente il suo sistema rappresentazionale;
- individuare le strategie di comportamento che la persona utilizza nelle diverse situazioni per migliorare l'interazione con la persona.

Nella ricezione del messaggio è bene prestare attenzione alle modalità sensoriali attraverso le quali il nostro interlocutore si esprime, al fine di offrire risposte di ricalco che migliorano lo stato di sintonia relazionale. Se la modalità sensoriale utilizzata dall'interlocutore è di *Tipo Visivo*, utilizzerà espressioni del tipo: "È chiaro che... / Io vedo come... / Mi sembra che..."; la risposta di ricalco sarà: "Sembra che lei... / Lei vede che... / Quando guarda la situazione da...".

Se la modalità sensoriale utilizzata dall'interlocutore è di *Tipo Auditivo*, userà espressioni del tipo: "Ho ascoltato... / Mi suonava... / Per raccontare... / Poi ho sentito"; la risposta di ricalco sarà: "Quello che sta dicendo è... / Qualcosa mi dice che... / Ciò che dice suona...".

Se la modalità sensoriale utilizzata dal cliente è di *Tipo Cinestesico*, utilizzerà espressioni del tipo: "Sperimento... / Mi afferra... / Mi tocca... / Percepisco"; la risposta di ricalco sarà: "Lei sente... / Ha la sensazione che... / Lei sperimenta... / Quello che sta provando...".

Interferenze: rappresentano tutti gli impedimenti, gli ostacoli che disturbano il canale usato per la comunicazione (il treno che passa mentre sto parlando, il televisore acceso, l'ascoltatore che non è attento, il carattere troppo piccolo sui lucidi usati durante una lezione, ecc.). Le interferenze possono essere presenti in tutti gli elementi sopra specificati.

7. Il feedback. Prevenire le interferenze significa controllare e osservare attentamente ogni passaggio del messaggio, dall'emittente al ricevente. Questo controllo è possibile attraverso il feedback. Il feedback è un ritorno d'informazione ad un centro emittente e può essere chiamato anche "retroazione". Questo messaggio di ritorno serve ad agevolare l'apprendimento e ampliare la presa di coscienza e la consapevolezza. Per capire se abbiamo comunicato in maniera efficace è necessario analizzare il feedback che riceviamo. Se chiediamo di portarci il sale, ci aspettiamo di avere il sale perché è quello che desideriamo. Il fatto di averlo è indice di un corretto feedback e di condizioni ideali. Quello che è bene ricordare è che quando comunichiamo c'è sempre un feedback di qualche tipo, magari è diverso da quel che vogliamo, ma c'è. Magari ci portano il pepe, o non ci portano nulla, o dicono che non c'è più sale ecc. Sono tutti feedback, ma portano a risultati diversi da quelli che ci aspettavamo. Attraverso il feedback si esprime assenso o dissenso, accettazione o rifiuto, comprensione o incomprensione, chiarezza o confusione. Il ricevente percepisce, interpreta, valuta e risponde e può rispondere in tre modi:

- conferma: accetta cosa gli è stato comunicato;
- rifiuto: respinge il contenuto del messaggio;
- negazione: rifiuta la possibilità di stabilire un rapporto.

Nel caso di disapprovazione occorre far capire che non è l'altro in discussione, ma che stiamo rifiutando un argomento. Inoltre un buon feedback è contestualizzato all'evento (oggi, questa volta) e relativizzato a te (secondo me). Usare lodi o "carezze" nella comunicazione aiuta. È chiaro che qualsiasi cosa facciamo ci piace avere feedback positivi, perché questo aumenta la nostra autostima e di conseguenza anche il nostro comportamento verso noi stessi e gli altri. L'immagine che noi abbiamo di noi stessi varia nel corso della vita e questo cambiamento avviene tramite il feedback sociale. L'immagine che abbiamo di noi è sottoposta a continue verifiche, anche nel gestire le relazioni sociali, e ognuno di noi usa delle tecniche per vivere la propria vita sottoposta a un cambiamento continuo. La più importante è la selezione dell'informazione: la conferma della nostra identità si realizza dirigendo il nostro focus mentale verso persone che ci approvano. In questo modo otteniamo feedback positivi⁴.

1.3 La competenza comunicativa

Un elenco completo delle diverse competenze in atto durante uno scambio comunicativo abbraccia i seguenti fattori:

- *Competenza linguistica*, che si articola nella padronanza di aspetti fonologici, sintattici, semantici e pragmatici di una lingua;
- *Competenza paralinguistica*, ossia il ricorso all'enfasi, alle cadenze nella pronuncia, agli intercalari come risate, esclamazioni, silenzi, borbottii, ecc.;
- *Competenza cinesica*, cioè la possibilità di usare gesti e posture;
- *Competenza prossemica*, ossia la conduzione del rapporto attraverso l'organizzazione dello spazio e la scelta di lontananza o vicinanza socialmente accettata;
- *Competenza performativa*, che equivale all'impiego intenzionale di atti linguistici e non linguistici per realizzare gli scopi della comunicazione;
- *Competenza pragmatica*, che consiste nella capacità di usare i segni linguistici e non, in modo adeguato alla situazione e alle proprie intenzioni;
- *Competenza socio-culturale*, ossia l'abilità di discriminare le differenti situazioni sociali, le relazioni di ruolo, i significati e gli elementi distintivi di una data cultura.

Dal punto di vista delle finalità che la comunicazione persegue, si può dire che essa assolve sia a compiti di tipo interattivo-relazionale sia a funzioni di carattere informativo-cognitive. Le finalità legate al livello *interattivo* hanno a che fare con le *relazioni emotive* tra i partecipanti e sono strettamente ancorate ai rispettivi ruoli; quelle *informative*, invece, sono costituite dai dati, dalle opinioni, dalle conoscenze che ci si scambia in direzione del comune *problem solving*. Tuttavia le finalità collegate all'interazione e quelle connesse allo scambio di informazioni non sono sempre facilmente distinguibili poiché interdipendenti e, in linea di massima, compresenti. A queste si legano prevalentemente anche gli approcci che studiano la comunicazione da un punto di vista teorico: se è vero che

si devono ai *cognitivist* molti risultati della ricerca nel settore del linguaggio come strumento informativo, è altrettanto importante sottolineare che le tendenze più attuali si collocano in ambito *pragmatico*, con un orientamento di studio globale e contestualizzato⁵.

1.4 La pragmatica della comunicazione umana.

Gli assiomi della comunicazione

In campo filosofico Austin, subito dopo Searle, aveva sostenuto e mostrato che il linguaggio non è un sistema parallelo al mondo, né un semplice modo di descriverlo o di trattare l'informazione, piuttosto uno dei modi di agire su di esso e di modificarlo proprio attraverso l'emissione di *atti linguistici*. Ci sono, infatti, molte situazioni in cui *dire* qualcosa ha l'effetto di produrre un'azione vera e propria, come ad esempio quando si usa la formula "vi dichiaro marito e moglie". In chiave psicologica, Paul Watzlawick e alcuni collaboratori della Scuola Sistemica di Palo Alto hanno trovato nella disfunzionalità di messaggi scambiati per lungo tempo tra soggetti, la causa prima di alcuni malesseri psichici⁶.

Watzlawick si è occupato soprattutto degli aspetti pragmatici della comunicazione, evidenziandoli rispetto agli aspetti sintattici e semantici. La sintassi si riferisce alle regole grammaticali, la semantica si occupa del significato delle parole, la pragmatica riguarda l'analisi delle influenze che la comunicazione ha sul comportamento. Ad esempio il significato della frase: "Ho lo stomaco vuoto" è "Dammi qualcosa da mangiare". Lo studio della pragmatica è l'analisi delle influenze che la comunicazione ha sul comportamento e riguarda il rapporto tra: comunicazione, interlocutori e contesto, evidenziando la reciproca relazione tra comportamento e comunicazione. La comunicazione è attivata dalle relazioni, dipende da queste, le definisce e le modifica.

Come già riportato precedentemente, comunicare significa etimologicamente mettere qualcosa in comune, trasferire il proprio patrimonio di conoscenze, di aspettative, di sentimenti, di progetti ecc., da un ambito ristretto e personale a una regione di fruizione più ampia di condivisione con altre persone nel gruppo. La definizione più generale e astratta individua come comunicazione qualsiasi situazione, evento, oggetto o comportamento che riesce a influenzare le modalità di manifestazione del comportamento di un altro organismo. La Scuola sistemica di Palo Alto

afferma che *“qualsiasi comportamento in una relazione fra due o più persone è comunicazione”*, indipendentemente dal fatto che sia intenzionale o no. Quello che interessa di una comunicazione è saperne l'effetto, conoscere la sua efficacia. Tale Scuola basa il concetto di *“comunicazione”* su cinque assiomi.

1. *Non si può non comunicare*. La comunicazione è un comportamento per cui tutto il comportamento è comunicazione. L'intenzionale assenza di comunicazione verbale, di fatto comunica la nostra volontà di non entrare in contatto con l'altro o la nostra timidezza o il nostro imbarazzo. Questo è *“evocativo di comportamenti conseguenti”* (ad es. in treno una persona non vuole colloquiare e allora leggerà un libro ecc. e ciò provocherà un conseguente comportamento in noi), quindi, la comunicazione è sempre presente anche se può essere più o meno intenzionale e più o meno efficace. È impossibile non comunicare poiché anche nel momento in cui non si desidera comunicare, implicitamente, attraverso la comunicazione non verbale si manifesta comunque un comportamento, perciò si comunica sempre qualcosa, anche la propria volontà di non comunicare attraverso un semplice silenzio. L'uomo non è e non sarà mai una monade, un pianeta isolato dagli altri, anche quando è solo e silenzioso in mezzo al nulla. È impossibile non comunicare, perché ogni comportamento è comunicazione, invia un messaggio agli altri, che lo si voglia oppure no.

2. *Ogni comunicazione ha un aspetto di “contenuto” e un aspetto di “relazione”*. Essa lavora su due piani indicati da Watzlawick come piano digitale, relativo al codice linguistico (verbale) e un piano analogico che riguarda la relazione (non verbale). Del livello di contenuto (che informa) siamo coscienti, di quello di relazione (che definisce i rapporti tra gli interlocutori) quasi sempre no, ma percepire quest'ultimo livello è essenziale. Questo assioma ci dice che ogni atto comunicativo ha in sé sia un aspetto di contenuto, di *“notizia”* e uno comportamentale, di *“comando”*, relativo alla modalità con cui quel messaggio deve essere recepito. Può esserne un esempio la frase: *“Scusa, sai l'ora?”*. Per rispondere letteralmente a questa domanda basterebbe dire *“Sì”* o *“No”*. Cosa che naturalmente farebbe sorridere o irritare. È chiaro che la risposta comune a questa domanda è quella di dire che ora è! Una comunicazione, dunque, non soltanto trasmette informazione, ma al tempo stesso impone un comporta-

mento. Questo assioma sottolinea che, al di là dei contenuti espressi, è il modo in cui sono comunicati a dar forma alla relazione tra gli interlocutori. Ogni volta, infatti, che diciamo qualcosa a qualcuno adoperiamo stringhe di parole scelte intenzionalmente o no, tra molte altre con significati simili, che però finiscono per corrispondere al modo in cui ci posizioniamo, non solo nei confronti dei contenuti ma anche rispetto l'interlocutore. Un conto è dire: "Non so se ha compreso bene le indicazioni su come prendere i farmaci prescritti"; altra cosa è dire: "Per quanto riguarda le indicazioni su come prendere i farmaci, forse non mi sono spiegato bene". Queste due modalità danno luogo a due forme di relazione: nella prima è il parlante a porsi in posizione giudicante verso l'altro e, dunque, a creare una relazione asimmetrica in cui tiene per sé il *potere*; nella seconda manifesta la sua disponibilità a mettersi in discussione, mantenendosi in una posizione simmetrica verso l'altro. L'importanza dell'aspetto del contenuto, cioè della comunicazione verbale, va al di là del significato logico razionale e abbraccia la sfera emotiva e relazionale. I risvolti pratici di questo assioma si evidenziano quando una persona esprime un disaccordo nei confronti di un interlocutore, influenzato non tanto dal fatto che non condivide quello che ha ascoltato, quanto dal fatto che, a livello relazionale, nutre una mancanza di stima o sentimenti di invidia nei confronti del proprio interlocutore. D'altro canto, è esperienza comune quella di essere molto più tolleranti nei confronti di affermazioni che non condividiamo quando sono pronunciate da persone di cui abbiamo una profonda stima, magari riuscendo a trovare l'aspetto che più si avvicina al nostro modo di intendere.

3. *La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti, dove per punteggiatura s'intende "percezione".* Ad esempio in una coppia la moglie dice: "Mio marito si chiude in se stesso, per questo io mi arrabbio". E il marito dice: "Mia moglie si arrabbia e io mi chiudo". L'esempio che Watzlawick riporta chiarisce molto bene questo aspetto essenziale delle interazioni comunicative: in una lite tra marito e moglie, lui "punteggia" (percepisce) il proprio comportamento come risposta a quello di lei e sostiene: "Io mi chiudo in me stesso perché tu brontoli", mentre lei, percependo ("punteggiando") il comportamento del marito come causa del proprio, asserisce a sua volta: "Io brontolo perché tu ti chiudi in te stesso". In sostanza, nella sequenza comunicativa, a seconda della punteggiatura, arbitraria e soggettiva, cambia l'interpretazione del

comportamento dell'altro e, quindi, del proprio in risposta ad esso. Quello che uno considera come causa è invece definito come effetto dall'altro. I modi diversi di punteggiare (percepire) una sequenza possono essere diversi e perciò generare conflitti, come nel caso della coppia di coniugi descritta. Questo esempio dimostra che non esiste una punteggiatura "oggettiva", cioè non si può identificare in maniera oggettiva chi sta comunicando a chi, né chi sta influenzando chi. In una relazione c'è uno scambio continuo di atti comunicativi, tale che ci si influenza a vicenda continuamente.

4. *Ogni comunicazione è composta da un modulo numerico e un modulo analogico.* La comunicazione numerica è quella più propriamente verbale, ma non costituisce che la minima parte del processo di comunicazione. Tuttavia ha un'importanza particolare, perché serve a scambiare informazioni sugli oggetti e anche perché ha la funzione di trasmettere la conoscenza di epoca in epoca. La comunicazione analogica, invece, è ogni comunicazione non verbale e include le posizioni del corpo, i gesti, l'espressione del viso, le inflessioni della voce, la sequenza, il ritmo e la cadenza delle stesse parole e ogni altra espressione non verbale di cui l'organismo sia capace, come pure i segni di comunicazione immancabilmente presenti in ogni contesto in cui ha luogo un'interazione. La comunicazione analogica ha le sue radici in periodi molto più arcaici dell'evoluzione e la sua validità è quindi molto più generale del modulo numerico della comunicazione verbale, relativamente recente e assai più astratto.

Passando dalla parte del ricevente che deve decodificare una comunicazione, la traduzione da un piano logico verbale a quello analogico non verbale, presenta però spesso delle difficoltà, dal momento che il materiale analogico può dar luogo a interpretazioni diverse tra loro, talvolta addirittura incompatibili.

Ne sono degli esempi quegli atti comunicativi non verbali che possono avere un significato opposto in due culture diverse.

In altri casi una predisposizione preconcepita verso un interlocutore può farci vedere solo quello che conferma la nostra idea: in questo caso il margine di errore nella interpretazione dei segnali non verbali può essere altissimo.

5. *Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza.* In

generale, uno scambio simmetrico avviene fra interlocutori che si considerano sullo stesso piano, e che hanno ruoli sociali analoghi. La simmetria generalmente facilita l'efficacia comunicativa ma, a volte, può degenerare in patologia, ovvero alimentare una dinamica di competizione per dimostrare che "io sono migliore di te", quando si cerca di controllare la relazione. Si tratta di un processo inconsapevole che individua nel disaccordo sui contenuti quello che in realtà spesso è una divergenza sulla relazione. In generale, uno scambio complementare si instaura fra persone che hanno una relazione, ma non sono sullo stesso piano per potere, ruolo comunicativo, autorità sociale, interessi. Per comprendere appieno cosa significa la complementarità, è importante aver chiaro che è possibile imporre all'altro la propria "superiorità", solo se questi è disposto ad accettarla, e viceversa. È importante tener presente che la persona in posizione di inferiorità avrà più difficoltà a comunicare. Il legame complementare, quando diventa patologico, allarga le forbici della differenza fino agli estremi e, chi domina, lo fa in forma sempre più assoluta. Il modello relazionale ci ricorda la corresponsabilità che abbiamo con l'interlocutore nel definire una relazione comunicativa; questo modello afferma che un atteggiamento di predominio induce nell'altro un atteggiamento di sottomissione, ma anche un atteggiamento sottomesso induce il suo opposto. Esempi di relazione complementare:

- Medico-Paziente;
- Capoufficio-Segretaria;
- Genitore-Figlio;
- Insegnante-Allievo;
- Counsellor-Cliente.

Simmetria e complementarità non sono posizioni rigide. Ci sperimentiamo continuamente in queste diverse collocazioni, a seconda del contesto in cui comunichiamo, infatti questo chiarisce ulteriormente la relazione fra i partner: ad esempio, una frase detta in un'importante riunione assume un significato diverso se detta durante un intervallo.

È importante avere ben presente che le caratteristiche della simmetria e della complementarità non hanno connotazioni particolari di per sé (non sono buone o cattive), ma assolvono a determinate funzioni; la flessibilità nel loro utilizzo può consentire di realizzare scambi simmetrici anche nelle relazioni comunicative culturalmente più complementari, per esempio tra

genitore e figlio, e viceversa scambi complementari in relazioni culturalmente simmetriche, per esempio nella vita di coppia tra partner. In quest'ultimo caso all'interno di una relazione paritaria si raggiungono degli equilibri e accordi a volte taciti in cui in determinati settori uno dei due partner riconosce una maggior competenza dell'altro ed è disposto a lasciargli "lo scettro" o delegare all'altro la responsabilità di portare a termine un compito.

1.5 La comunicazione verbale e analogica

La "comunicazione", quindi, è un "continuum" con agli estremi, da una parte, il massimo intenzionale di comunicazione verbale e dall'altra il linguaggio non verbale dei movimenti corporei (linguaggio a massima espressività). Ora i "gesti simbolici" (il pugno chiuso alzato, o la mano aperta nel "saluto al duce") sono vicini al linguaggio e ovviamente sempre volontari, mentre ad esempio il rossore è involontario sempre, ma egualmente ha valenza comunicativa. A livello mediano si collocano invece i "gesti illustratori" che accompagnano il discorso. Ma attenzione anche a questi: in Scandinavia sono offensivi, mentre in Italia rafforzano il linguaggio.

A sottolineare l'importanza degli elementi relazionali nella comunicazione, vi sono alcuni dati statistici che mostrano che in una comunicazione il contenuto (piano verbale) ha un peso soltanto del 10% circa, mentre il tono della voce, la gestualità e altri elementi della comunicazione non verbale definiscono il 90% circa della relazione per cui il come si comunica ha una valenza decisamente più alta del cosa si comunica⁷.

Abbiamo detto che la comunicazione avviene sempre su due piani, quello del contenuto (cosa si dice) e quello della relazione (come lo si dice), per cui è possibile affermare che esistono tre livelli diversi in ogni relazione comunicativa/conversazione:

- **linguaggio verbale - cosa dico (contenuto)** - parole, corretto utilizzo dei termini e del linguaggio;
- **linguaggio paraverbale (relazione)** - tono, pause dialogiche, spinte e accelerazioni, elementi prosodici (come la ripetizione delle stesse parole), velocità, timbro, volume, inflessioni dialettali;
- **linguaggio non verbale (relazione)** - postura, atteggiamento, gestualità, mimica facciale, respirazione, gestione dello spazio (prossemica), olfatto.

La comunicazione ha più probabilità di essere efficace quanto più manifesta una congruenza fra i diversi livelli. La percezione dei segnali paraverbali avviene per lo più a livello inconsapevole ed è questo uno dei motivi per cui spesso usiamo espressioni del tipo: "Non so perché, ma quella persona non mi piace".

La comunicazione verbale

Si definisce comunicazione verbale la comunicazione scritta e quella parlata. La comunicazione verbale è costituita da parole alle quali è attribuito un significato simbolico. Il linguaggio assume caratteristiche diverse dipendenti da chi parla, dallo scopo per il quale viene usato, dalla situazione in cui viene utilizzato ecc. Possiamo parlare di linguaggio formale, informale, scientifico, letterario ecc. La comunicazione verbale costituisce assieme a quella non-verbale il messaggio: essa è il tramite attraverso cui il messaggio ha significato. Il modo di costruire tale messaggio cambia da persona a persona ed è diversamente efficace secondo la sua impostazione. Spesso accade che l'emittente sia veramente convinto di essersi espresso chiaramente e che dimentichi che il contenuto del suo messaggio deve essere interpretato dal ricevente. Una comunicazione è efficace quando il messaggio di arrivo è equivalente, cioè più possibile simile, a quello di partenza.

In ambito sanitario, particolare attenzione va posta al "linguaggio specialistico" che può bloccare il processo comunicativo, limitando lo scambio e la comprensione. Il linguaggio deve essere infatti semplice, chiaro, comprensibile per la persona con cui si sta comunicando, adeguato al suo livello socioculturale. Chi parla e chi ascolta devono utilizzare termini e parole, noti a entrambi, che abbiano un medesimo significato per l'uno e per l'altro. I termini tecnici vanno tradotti e, nell'ambito della relazione interpersonale, è opportuno verificare sempre che la persona abbia compreso, senza dare mai nulla per scontato (informazione personalizzata). La comunicazione verbale può rappresentare una vera e propria barriera e ostacolare gli interventi di prevenzione e controllo di situazioni di rischio quando non pone attenzione alla comprensione dei contenuti da parte di coloro che ascoltano.

La comunicazione non verbale e paraverbale

Le modalità della comunicazione non verbale sono definite dallo sguardo, l'espressione del volto, la gestualità, i movimenti del corpo, la postura, il contatto corporeo, il comportamento spaziale, gli abiti e l'aspetto esteriore. Le modalità di espressione della comunicazione paraverbale sono determinate dalle vocalizzazioni non verbali, dal tono della voce, dal ritmo, dai sospiri, dalle pause, dai silenzi. La comunicazione non verbale e paraverbale rappresenta il principale mezzo per esprimere e comunicare le emozioni (gioia, rabbia, paura, tristezza, disgusto, disprezzo, interesse, sorpresa, tenerezza, vergogna, colpa). Poiché le interazioni vengono stabilite/sostenute/interrotte attraverso segnali non verbali, ciò che viene percepito di un discorso verbale è influenzato in modo significativo dal comportamento non verbale, ossia da pensieri, sentimenti ed emozioni veicolati attraverso i gesti, le espressioni facciali, la postura e il contatto fisico. È straordinario come ognuno di noi, pur non avendo una completa conoscenza del codice del linguaggio non verbale, istintivamente gli attribuisca maggior importanza e gli conceda maggiore fiducia⁸.

Ci sono molte discipline che si occupano del modo in cui noi comunichiamo con i nostri simili attraverso il corpo e la voce; alcune di queste discipline, nate in periodi recenti, sono la paralinguistica-intonazionale, la cinesica e la prossemica.

La paralinguistica-intonazionale studia tutto ciò che un individuo fa con la voce quando parla. Il modo di parlare di una persona trasmette informazioni sulla sua personalità, sulla sua età, il sesso, la classe sociale, la regione di cui è originario e soprattutto su chi è. Si prendono in esame l'altezza della voce, le varie cadenze e intonazioni, il ritmo, la velocità dell'eloquio, l'importanza delle pause, le espressioni sonore prive di contenuto linguistico come i sospiri, borbottii, mugolii, il gemere, il tossire ecc., cioè tutte quelle vocalizzazioni non verbali che caratterizzano uno stile di comunicazione. Alcune di queste vocalizzazioni hanno carattere emozionale e sono interessanti perché sono espressioni simili alle vocalizzazioni degli animali e non hanno niente in comune con il linguaggio. *Il sistema intonazionale* dà la punteggiatura al discorso. Ad es. se scrivo "Tu credi che io stia bene" è una cosa. Ma se dico " TU " credi che io stia bene, oppure "Tu CREDI che io stia bene", oppure "Tu credi che IO stia bene", ecco che i significati sono

del tutto diversi. Si tratta indubbiamente di problematiche interessanti, in quanto noi possiamo comunicare la stessa frase con timbro e intensità ben diversi. Anche una frase semplicissima come "Dovrei uscire" può essere detta con voce alta e imperiosa, oppure in tono dimesso e insicuro ed intervallata da vocalizzazioni come "Ehm... ehm dovrei uscire".

La cinesica (dal verbo "Kinéo" che significa mi muovo) studia la capacità di comunicare attraverso i gesti.

Si prendono in esame:

- La mimica facciale, cioè l'espressione del viso, le movenze degli occhi, della bocca, delle sopracciglia e i processi psicosomatici come ad esempio l'arrossire o l'impallidire.
- Lo sguardo, che è un segnale comunicativo molto intenso. La mancanza di contatto visivo viene interpretata generalmente come timidezza, insicurezza, non sincerità o come rifiuto o indifferenza verso l'interlocutore; colui che guarda troppo dà, invece, l'impressione di una persona strana, deviante o invadente.
- I gesti della parte superiore del corpo: si intendono tutti quei gesti delle braccia, ma anche i movimenti delle mani, che si utilizzano mentre si parla o in tutte quelle azioni del tipo: aprire la porta, porgere un oggetto, spegnere una sigaretta.
- I gesti della parte inferiore del corpo: si intendono movimenti delle gambe, dei piedi, delle anche ecc. Tali movimenti sono molto rivelatori poiché sono i meno controllati.
- La postura è relativa ai movimenti complessivi del corpo: come stiamo seduti, come camminiamo come stiamo in posizione eretta ecc.⁹.

La prossemica - Il comportamento spaziale. Per non sentire freddo i porcospini si raggruppano tra loro, ma se si avvicinano troppo l'uno all'altro si pungono reciprocamente con i loro aculei. Quindi occorre trovare la giusta "vicinanza" nella quale non "si ha freddo" ed evitare quell'intimità che in determinati casi può "ferire" (Michael Birkenbihl a proposito del famoso esempio di Arthur Schopenhauer, in *Parerga e Paralipomena*, 1851). Per riuscire, quindi, a sentirsi in armonia con gli altri, può essere utile prendere coscienza del proprio rapporto con lo spazio e allenare la nostra sensibilità a riconoscere le esigenze di coloro che ci stanno intorno.

Il “comportamento spaziale” è cioè la relazione reciproca che si instaura tra la dimensione spaziale dell’ambiente e i soggetti che lo vivono¹⁰.

Le principali questioni dello studio del comportamento spaziale riguardano:

- lo spazio personale: quali sono le diverse modalità del comportamento che regolano le posizioni di prossimità-lontananza tra le persone?
- la territorialità: quali messaggi vengono inviati all’ambiente sociale circostante attraverso la delimitazione dei confini geografici dello spazio?

Lo spazio personale viene definito come quell’area dai confini invisibili attorno al corpo all’interno della quale gli intrusi non possono accedere: noi non permettiamo a qualsiasi individuo di avvicinarci alla stessa maniera!

È straordinario osservare quanto siamo accorti nel regolare la distanza che ci separa dai nostri simili. La funzione fondamentale difensiva di questi meccanismi di regolazione della distanza dagli altri si traduce praticamente in una sorta di area spaziale (territorio) che le persone portano con sé (bubble).

Questa area spaziale non è fissa, infatti si rileva una tendenza delle persone a mantenere una maggiore distanza quando lo spazio fisico dell’ambiente è ristretto e quando le persone interagiscono in un contesto relazionale competitivo piuttosto che cooperativo.

Lo spazio che le persone frappongono tra loro nelle più svariate situazioni di interazione sociale (detto anche distanza interpersonale) assume una fondamentale funzione comunicativa.

La distanza fornisce infatti informazioni sulle caratteristiche intensive (forte o debole) e qualitative (positive o negative) di una interazione sociale, sia ad un osservatore esterno che ai partecipanti stessi. L’uso dello spazio nella regolazione della distanza interpersonale assolve inoltre la funzione di bilanciare i conflittuali desideri di entrare in contatto o evitare l’altra persona. In questo senso lo spazio assume la duplice funzione di indicatore e di componente costitutiva delle relazioni interpersonali e sociali. Esistono diverse zone o spazi di distanza interpersonale che corrispondono alle differenti categorie di relazioni umane: intime, personali, sociali e pubbliche. Vi sono poi posizioni che incoraggiano la cooperazione (per esempio l’essere seduti di fianco all’altro), oppure che innescano competizione o confidenza (stare seduti l’uno di fronte all’altro), o inibi-

scono e scoraggiano (l'essere seduti di spalle o in una posizione più in alto) l'interazione e il contatto interpersonale. In effetti lo spazio personale non è fisso ma è influenzato da numerose variabili:

- Età: tendenza ad aumentare l'ampiezza del proprio spazio col crescere dell'età.
- Personalità: esiste una relazione tra il grado di introversione nelle relazioni e la distanza fisica dall'altro.
- Sesso: le persone di sesso maschile manifestano una maggiore ampiezza dello spazio personale, soprattutto se interagiscono con persone del proprio sesso; la distanza tende a ridursi invece quando coinvolge persone dell'altro sesso, diventando addirittura inferiore rispetto a quella mantenuta tra persone di sesso femminile.
- Cultura: il comportamento spaziale dell'uomo risulta fortemente condizionato dal mondo delle idee, delle credenze e dei significati che caratterizzano una specifica cultura. Le differenze nello spazio personale dipendono quindi sia dal tipo di contesto socio-culturale considerato sia da caratteristiche di natura biologica.

Gli essere umani, pur essendo in grado di utilizzare un codice linguistico molto ampio e sofisticato, continuano a utilizzare la comunicazione non-verbale. Perché?

Vi sono ambiti, come quello affettivo, in cui la comunicazione non verbale è più efficace. I segnali non verbali sono più potenti. I segnali non verbali sono meno controllati ed è quindi più probabile che siano autentici. È molto utile essere in grado di utilizzare un altro codice di comunicazione oltre quello linguistico. La comunicazione non-verbale riesce a esprimere l'inesprimibile.

Ma perché il non verbale si presenta come terreno difficoltoso? Vi sono diversi motivi. In primo luogo la non consapevolezza. Nessuno ci insegna a diventare più attenti al non verbale, mentre la nostra formazione si concentra sulle parole. Un'altra difficoltà viene dal fatto che i segnali non verbali sono difficili da tradurre in parole. È allora complesso ragionarvi sopra, scambiarsi opinioni, analizzare quest'area comunicativa.

1.6 L'ascolto

Tornando alla Figura 1: "Perché l'uomo sulla destra è bendato?".
Se qualcuno di voi ha pensato che l'uomo sulla destra:

- è stato bendato perché prigioniero;
- non fosse quindi in grado di vedere;

ha interpretato male: l'uomo era stato ferito qualche vignetta prima, e ci vedeva benissimo, per lo meno dall'occhio non bendato (Figura 2: non era come pensavamo!).

Nella vita quotidiana interpretiamo continuamente quello che vediamo, ascoltiamo, leggiamo, dando per scontato che il nostro giudizio sia obiettivo. Il più delle volte invece conosciamo solo un aspetto di quello che abbiamo visto, ascoltato, letto. E il nostro giudizio obiettivo è solo un'interpretazione.



Fig. 2. H. Pratt. Gli scorpioni del deserto. Rizzoli 1992.

Per capire il senso di un atto comunicativo occorre infatti conoscere il contesto in cui avviene. Il contesto influenza la comprensione del messaggio tanto quanto il contenuto del messaggio stesso. Il contesto è quel complesso di fattori fisici, psicologici, ambientali e culturali che influenzano il comportamento e la comunicazione dei comunicanti. Tenere conto del contesto

significa ammettere che di quella persona/paziente non sappiamo quasi nulla e, che per costruire un dialogo efficace con lui, dovremmo chiedergli qualcosa di più che ci consenta di entrare nel suo mondo di significati.

Nella comunicazione è fondamentale saper ascoltare, ovvero essere centrati sull'interlocutore e sulle sue esigenze. È importante ricordare che lo scopo primario di ogni scambio comunicativo è la costruzione di significati condivisi, processo che risulta possibile solo se si lascia che l'altro parli, esprima il suo punto di vista, faccia domande o contrapponga un pensiero diverso dal nostro. È indispensabile permettere alle idee, ai pensieri, ai quesiti che l'altro offre di entrare in un rapporto dialogico, non in una posizione di contrapposizione o di marginalità, con i nostri punti di vista. Questo significa *accogliere* ciò che ci viene proposto senza pregiudizi e senza preclusioni.

Solitamente si individuano due momenti principali nello svolgimento della relazione discorsiva, quello della *parola* e quello dell'*ascolto*. Se per la *parola* è importante che il parlante possenga dei requisiti minimi che hanno (ma non solo), nella capacità linguistica intesa in senso ampio, il requisito principale per poter partecipare adeguatamente al discorso, più complesso è affrontare il momento dell'*ascolto*, che è poi il momento centrale, forse ancora più della parola, per la buona riuscita della relazione/comunicazione. Affinare e sviluppare la capacità di ascolto è particolarmente difficile, anche perché il contesto socio-culturale in cui viviamo sembra preferire il momento della *parola* rispetto a quello dell'*ascolto*. Essere capaci di ascoltare significa essere capaci di uscire dalle "cornici" (culturalmente e socialmente determinate) di cui siamo parte e rendersi disponibili all'esplorazione di altri mondi (i mondi possibili) rappresentati dai nostri interlocutori. L'ascoltatore attivo è in fondo un esploratore e, come tutti i bravi esploratori, deve avere il gusto di mettersi in gioco, di rischiare – in questo caso di rischiare di uscire dalle proprie premesse esplicite o implicite che costituiscono il suo mondo, la sua cornice –, per affrontare un altro mondo, un'altra cornice che può essere potenzialmente una grande scoperta, ma che in prima istanza crea ansia, imbarazzo, perplessità, anche senso del ridicolo. Questi sono proprio i segni dell'incontro con un'altra cornice o dell'uscita dalla propria e quindi un buon ascoltatore/esploratore deve imparare ad associare questi sentimenti, invece che con un atteggiamento difensivo-offensivo, con un atteggiamento esplorativo, di apprendimento. La Sclavi detta sette regole d'oro dell'arte di ascoltare:

1. Non avere fretta di arrivare a delle conclusioni. Le conclusioni sono la parte più effimera della ricerca.
2. Quel che vedi dipende dal tuo punto di vista. Per riuscire a vedere il tuo punto di vista, devi cambiare punto di vista.
3. Se vuoi comprendere quello che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva.
4. Le emozioni sono gli strumenti conoscitivi fondamentali, se sai comprendere il loro linguaggio. Non ti informano su cosa vedi, ma su come guardi. Il loro codice è relazionale e analogico.

5. Un buon ascoltatore è un esploratore di mondi possibili. I segnali più importanti per lui sono quelli che si presentano alla coscienza come al tempo stesso trascurabili e fastidiosi, marginali e irritanti, perché incongruenti con le proprie certezze;
6. Un buon ascoltatore accoglie volentieri i paradossi del pensiero e della comunicazione interpersonale. Affronta i dissensi come occasioni per esercitarsi in un campo che lo appassiona: la gestione creativa dei conflitti.
7. Per diventare esperto nell'arte di ascoltare, devi adottare una metodologia umoristica. Ma quando hai imparato ad ascoltare, l'umorismo viene da sé¹¹.

Udire, ascoltare e ascoltare attivamente: tre modalità diverse, di entrare in relazione col mondo intorno a noi, che richiedono livelli diversi di coinvolgimento. Chiunque ami la musica sa che c'è differenza fra sentire un disco, magari lasciandolo andare come piacevole sottofondo ad altre attività, e ascoltarlo percependone l'essenza oltre che il suono.

Allo stesso modo, quando si comunica con le persone c'è differenza fra semplicemente ascoltarle e farlo attivamente!

Distinguiamo innanzitutto fra due termini che possono apparire sinonimi ma non lo sono affatto:

- Udire è il fenomeno fisico che rappresenta la nostra capacità sensoriale di percepire un suono. Possiamo dunque udire il vociare per strada, mentre passeggiamo in una via affollata del centro, senza necessariamente soffermarci a distinguere le varie conversazioni per capirne il senso.
- Ascoltare è invece un atto volontario che implica il desiderio di prestare attenzione alla conversazione, per comprendere ciò che l'interlocutore sta esprimendo.

Saper ascoltare attivamente è un'arte grazie alla quale possiamo rendere efficace il nostro modo di comunicare e di entrare in relazione autentica con l'altro. L'ascolto attivo permette di apprendere informazioni non evidenti e segnali deboli, come potrebbero essere quelli emessi attraverso il linguaggio del corpo. L'ascolto è dato dalla capacità di comprendere una prospettiva diversa dalla propria, di considerare le caratteristiche dell'altro

e i suoi attributi di ruolo, di tenere presente la prospettiva durante l'interazione.

L'ascolto attivo implica il passaggio da un atteggiamento del tipo "giusto-sbagliato", "io ho ragione-tu hai torto", "amico-nemico" ad un altro in cui si assume che l'interlocutore è intelligente che dunque bisogna mettersi nelle condizioni di capire com'è che comportamenti e azioni che ci sembrano irragionevoli, come non prendere farmaci salvavita, per lui sono totalmente ragionevoli e razionali.

Ma cosa vuol dire esattamente ascoltare attivamente? Come può essere "attiva" una persona che dovrebbe lasciare spazio a chi parla?

Chi si pone in posizione di ascolto nei confronti di un interlocutore (per esempio un amico che ha bisogno di sfogarsi su un certo problema che lo affligge) spesso lo fa, assumendo uno di due opposti atteggiamenti:

- pensa di dover restare in silenzio per dare all'altro modo di tirare fuori tutto; oppure
- al contrario, comincia subito a elaborare risposte e soluzioni che esporrà con zelo, cogliendo al volo la prima pausa nel racconto.

In entrambi i casi non possiamo parlare di ascolto attivo.

Nell'ascolto attivo bisogna adoperarsi per comunicare "attivamente" la nostra disponibilità di ascolto senza lasciare all'altro il compito di intuirlo. Non significa solo ascoltare con attenzione, ma farlo entrando empaticamente in contatto con il linguaggio, i pensieri e le emozioni dell'interlocutore, evitando di introdurre significati propri per comprendere il vero senso di ciò che intende comunicare senza esprimere giudizi di merito.

Un esempio utile per comprendere quel che si intende per ascolto attivo è offerto dalla comunicazione interculturale, in quanto contesti di riferimento molto diversi rendono necessaria l'acquisizione di informazioni e la sospensione dei giudizi. Infatti le comunicazioni interpersonali, in cui siano coinvolte persone provenienti da culture diverse, rendono più facilmente evidenziabile come uno stesso comportamento possa assumere significati diversificati e persino antitetici, sebbene legittimi, a seconda del contesto culturale in cui sono inserite. Per esempio il non guardare negli occhi una persona anziana e autorevole in un contesto socio-culturale può essere segno di rispetto, mentre in un altro, esattamente in senso opposto, un segno di mancanza di rispetto. I malintesi, l'irritazione, l'imbarazzo, la diffidenza in questi casi non sono risolvibili in termini di comportamenti giusti

o sbagliati, ma solo cercando di capire l'esperienza dell'altro, il che implica accogliere come importanti aspetti che si è abituati a considerare trascurabili o addirittura che prima non si sarebbero mai presi in considerazione.

Quando si pratica l'ascolto attivo, invece di porsi con atteggiamenti che tradizionalmente vengono considerati da semplice osservatore, caratterizzati da neutralità, impassibilità, sicurezza di sé, incuranza delle proprie emozioni, attenzione a ignorare le proprie reazioni a quanto si ascolta o a nasconderle, è più funzionale rendersi disponibili a comprendere realmente ciò che l'altro sta dicendo, mettendo anche in luce le possibili difficoltà di comprensione. In questo modo si possono stabilire rapporti di riconoscimento, rispetto e apprendimento reciproco. Per diventare attivo, l'ascolto necessita di essere aperto e disponibile non solo verso l'altro e quello che dice, ma anche verso se stessi, per prendere seriamente in considerazione le proprie reazioni, per essere consapevoli dei limiti del proprio punto di vista e per accettare il non sapere e persino la difficoltà di non capire.



Fig. 3. "Ascolto".

In questo ideogramma cinese il significato è dato dall'accostamento di più concetti.

L'ideogramma presentato in figura 3 è quello usato per scrivere il termine "ascolto". È particolarmente interessante mettere in evidenza la complessa rete di relazioni che vengono attivate. Se

ricordiamo i diversi valori di "comunicazione" ritroveremo una classificazione simile anche per il concetto di "ascolto".

Ascoltare richiama innanzitutto la possibilità fisica di "udire" qualcosa e, infatti, viene utilizzato l'elemento che sta per "orecchio". Tuttavia di per sé "udire" fa riferimento a qualsiasi fenomeno acustico: possiamo udire il rumore della pioggia, l'abbaiare di un cane, il frastuono del traffico, una radio a tutto volume. Ci aiuta a cogliere la differenza radicale l'elemento che indica il "tu": non si tratta di udire qualcosa, ma di ascoltare qualcuno. La presenza di un interlocutore, di un'alterità, di un "tu" che si accompagna al nostro "io" rappresenta la differenza decisiva tra noi e, per fare un esempio, un sistema di rilevamento automatico del suono.

Altri due elementi dell'ideogramma sono molto importanti, perché l'organo dell'ascolto del "tu" non è soltanto l'orecchio: gli si accompa-

gnano gli occhi e il cuore. Gli “occhi” mettono in evidenza il ruolo fondamentale del linguaggio non verbale. Molti dei nostri messaggi vivono una scissione tra quanto diciamo con le parole e quanto esprimiamo con il corpo: il volto, la postura, i gesti. L'ascolto attento tiene conto della globalità della persona umana, percepisce i segnali che accompagnano le parole. Il terzo “organo” dell'ascolto è il “cuore”. Il termine, evidentemente, è piuttosto inflazionato e rischia di creare qualche malinteso. Non si tratta di un generico sentimentalismo, ma di una ben precisa posizione ermeneutica. Riconoscere in sé e nell'altro l'autoconsapevolezza significa ascoltare anche con il cuore, cioè con una facoltà legata alla nostra intima essenza personale. Rimane l'ultimo elemento dell'ideogramma: l'attenzione unitaria. “Attenzione” è un altro modo di esprimersi per definire l'idea di “intenzionalità”. L'unitarietà è un processo fondamentale per la realizzazione della comunicazione. Già a livello di percezione del mondo noi operiamo una sintesi. Se passeggiamo in un bosco i nostri sensi non ci “mostrano” il bosco, ma solo un insieme di colori, di forme, di suoni, di odori, di resistenze al cammino e di sensazioni tattili. Siamo noi che operiamo l'integrazione tra tutti questi dati e ci rendiamo conto di essere in un “bosco”. Senza il nostro intervento unificatore avremmo solo spezzoni di realtà privi dell'elemento centrale: il significato.

1.7 Le barriere alla comunicazione

Un atto comunicativo è efficace quando viene compreso dal destinatario in un significato analogo alle intenzioni dell'emittente. Un comunicatore efficace, in altre parole, riesce a trasferire messaggi in modo che vengano recepiti con la minore distorsione possibile. Il messaggio, per essere efficace, dovrà essere costruito sulla base delle capacità, delle competenze e della situazione psicologica dell'interlocutore. Il messaggio efficace, insomma, è quello costruito su misura per l'altro. Nessuno normalmente ci insegna a conoscere gli altri. È una scuola gratuita che frequentiamo da soli.

Esiste una distorsione del messaggio che desideriamo inviare perché, oltre a quello che intendiamo comunicare, si aggiunge ciò che non era nostra intenzione comunicare, per cui il messaggio percepito è diverso da quello inviato (Figura 4).

Questo avviene perché la comunicazione è costituita, oltre che dalla componente razionale, anche da quella emotiva ed è fortemente influen-

zata dalle personalità diverse che si mettono in relazione e ai meccanismi di percezione e di difesa. Ogni persona, infatti, possiede un proprio sistema di riferimento legato al proprio modo di rapportarsi al mondo che è, in particolare, determinato dal proprio sistema percettivo, il concetto di sé, la storia personale, i bisogni affettivi, le capacità cognitive, la cultura e i valori di riferimento, le motivazioni e aspettative, i ruoli sociali e professionali, ecc. Se una persona non riesce a decentrarsi dal proprio sistema di riferimento, non è in grado di comprendere quello di un altro e ne risulta una comunicazione viziata.

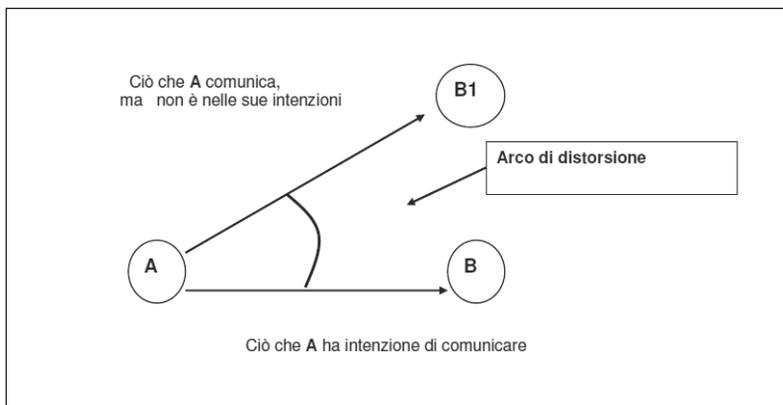


Fig. 4. Distorsione del messaggio.

Anche i meccanismi percettivi hanno la loro parte di responsabilità nel rendere problematica l'efficacia della comunicazione: l'esempio più classico ci è dato dalla figura ambigua di donna che viene percepita come "donna giovane" da alcuni e come "donna vecchia" da altri.

Per difenderci dal bombardamento di stimoli cui siamo permanentemente sottoposti (10.000 stimoli al secondo) usiamo selezionare le informazioni che provengono dal mondo esterno attraverso l'uso di "filtri" fisiologici, emotivi e culturali.

Questi filtri agiscono strettamente connessi ai meccanismi di difesa che scattano automaticamente nel momento in cui un soggetto ha bisogno di escludere dalla consapevolezza informazioni o impulsi giudicati inaccettabili (ad es. la notizia di un tumore) che gli provocherebbero sofferenza. Questi filtri ignorano o distorcono le informazioni che non confermano il nostro sistema di riferimento.

È infatti proprio la nostra identità che è costantemente in gioco nei processi di comunicazione e, spesso, è il desiderio di sentire confermata la propria identità, o il timore che questa possa essere minacciata, che influenza pesantemente la nostra capacità di ascolto e di comprensione.

Le generalizzazioni possono essere negative o positive. Le negative sono limitanti, per esempio: "Gli uomini sono tutti dei traditori". È facile smontare queste frasi con una domanda specifica: "Sei proprio sicuro che sia sempre così?". Così sei in grado di spostare l'attenzione dell'altro, in modo da poter discutere più proficuamente. Altra categoria è quella degli operatori modali, divisi in operatori di possibilità e di necessità. I primi sono le risposte che utilizzano parole come "non posso", "non mi è possibile"; i secondi usano parole come "devo", "sono obbligato". Le risposte per disattivarli sono proprio contrarie a queste. Per gli operatori di possibilità basta chiedere: "Cosa ti impedisce di farlo?"; "Come mai non puoi?". Per quelli di necessità si chiederà: "Chi ti obbliga?"; "Cosa accadrebbe se non lo facessi?".

Arriviamo alle cancellazioni: il cervello cancella tutto quello che crede sia inutile, ma così facendo elimina anche gran parte delle notizie, rendendo molto difficile capirsi tra due persone. È quel che si dice "dare per scontato". In base alla nostra esperienza personale, ci sono alcune cose che bisogna sempre dire, altre si possono tralasciare perché sono ovvie ("Cosa hai fatto oggi?": "Mi sono svegliato, ho fatto colazione, ho preso la macchina, sono andato al lavoro, sono tornato, ho cenato". "Tutto questo lo hai fatto nudo?", oppure "Ma non ti lavi mai?").

L'errore più comune che facciamo è dovuto alla sequenza. La primissima impressione (può anche essere determinata da una singola caratteristica fisica) diventa la chiave con la quale leggiamo tutte le altre caratteristiche dell'altro che via via registriamo. Se tale impressione è positiva, la lettura complessiva tenderà ad essere benevola e viceversa. Un altro frequente errore è dovuto all'effetto alone. Se individuiamo una caratteristica nell'altro che ci piace molto, tenderemo a sopravvalutare tutte le altre caratteristiche. Il tratto che ci piace crea una nebbia gradevole, che ci impedisce di individuare altri importanti aspetti. Naturalmente accade il contrario per caratteristiche che ci sono molto sgradite. Un terzo errore di percezione dell'altro è quello che tecnicamente viene denominato associazione di tratti. Avviene quando ad un tratto psicologico ne associamo immediatamente un altro (che, tuttavia, è indipendente dal primo). Una persona emotivamente "calda", ad esempio, viene ritenuta

anche generosa. Come se non esistessero persone calde e avare o egoiste. Ascoltiamo gli altri con un atteggiamento, una posizione, un punto di osservazione. Tale atteggiamento ci permette di cogliere alcune cose, ma rischia di oscurarne altre. Ciò accade, in primo luogo, perché nella maggior parte dei casi non siamo consapevoli dei nostri atteggiamenti. Li giochiamo nella relazione senza rendercene conto. Noi non vediamo noi stessi, ma l'altro ci percepisce (talvolta, anche lui, senza accorgersene).

Infine, la nostra capacità di ascolto può essere influenzata e ostacolata da filtri emotivi e mentali:

- Aspettative sull'argomento, l'interlocutore o la situazione: i rapporti con le persone con le quali comunichiamo. Meno ci piace una persona più sarà difficile ascoltarla; più ci piace una persona più è difficile ascoltarla attivamente e obiettivamente. I rapporti personali, le opinioni positive o negative influenzano la comunicazione.
- La situazione personale attuale, ciò che ci accade nella nostra vita privata, influenza il nostro modo di vedere il mondo: le emozioni. Se, ad esempio, abbiamo avuto una discussione di lavoro, e siamo ancora molto presi da ciò, sarà opportuno non rispondere al telefono e occuparsi per il momento di altre attività che ci permettano di distoglierci dall'evento.
- I valori, la cultura, la religione di appartenenza¹².

Sono molte le occasioni in cui non ascoltiamo gli interlocutori:

- si ascolta solo ciò che si vuole sentire (filtro);
- si pensa a cosa si dirà, non concentrandosi su ciò che sta dicendo l'interlocutore (risposta);
- si riferisce tutto quanto si ascolta alla propria esperienza (identificazione);
- si snobba o si accantona quanto viene detto, perché ritenuto di poca importanza (denigrazione);
- si esprime accordo per ogni cosa viene detta (accondiscendenza);
- si cambia troppo rapidamente argomento mostrando disinteresse (deviazione).

Mentre recepisce le parole dell'altro, infatti, ogni ascoltatore attiva processi di interpretazione e memorizzazione che hanno come effetto sia la

trasformazione di alcuni significati sia il taglio di alcuni dati. È esperienza comune che, mentre si sta ascoltando, talvolta si sia già impegnati nella costruzione della risposta, soprattutto se l'interazione ha in sé dimensioni conflittuali o di scontro di potere.

L'acronimo VISSI (Valutare, Interpretare, Soluzionare, Sostenere, Indagare) racchiude le trappole in cui è facile cadere, quando decidiamo di porci in ascolto dell'altro, e rappresentano veri e propri ostacoli nella relazione e nella comunicazione.

Valutare

Le vostre risposte sono valutative, vale a dire che esse implicano un'opinione etica personale e comportano un giudizio (di critica o di approvazione) nei confronti degli altri. Reazioni: inibizione, senso di colpa, ribellione, angoscia.

(Esempio: cantante di 38 anni, linguaggio esitante, sguardo rivolto verso il basso).

"Oggi sono stato dal dottore perché mi sento sempre male. Sono pieno di sintomi. Quello che mi preoccupa è che fra un mese ho in programma di partire per uno tour all'estero. Devo stare via tre mesi e ci tengo tanto! Ma potrò partire davvero? Me lo chiedo perché se mi sento così non partirò di certo!".

Risposta: "È giusto che si occupi dei suoi sintomi. Bisogna chiarirne la natura prima di partire. In fin dei conti la salute è più importante di tutto, non crede?"

Interpretare

Le risposte sono delle interpretazioni di ciò che vi viene detto. Viene evidenziato e ricercato ciò che sembra essenziale all'operatore, operando una distorsione di quello che l'altro esprime. Le risposte interpretative possono produrre: disinteresse, irritazione, interruzione del discorso.

Risposta: "Non potrebbe essere la paura del tour all'estero che la porta ad avere i sintomi?"

Soluzionare

Le risposte tendono a giungere ad una soluzione immediata del problema. E incitano all'azione. Viene vista la soluzione che l'operatore sceglierebbe in una simile situazione. Con questo sistema si finisce per sbarazzarsi velocemente dell'utente e delle sue lamentazioni. Le risposte

risolutive possono produrre: dipendenza, timore di non riuscire ad applicare la soluzione proposta dall'operatore, insoddisfazione.

Risposta: "Se farà delle analisi approfondite subito, senza perdere tempo, potrà chiarire il suo problema e partire".

Sostenere

Le risposte tendono ad apportare sostegno, incoraggiamento, consolazione o compensazione. Si è molto concilianti per evitare che l'altro drammatizzi ed esprima una sofferenza di cui si ha paura. Le risposte di sostegno possono produrre: dipendenza, rifiuto del supporto dell'operatore, passività.

Risposta: "Non si preoccupi e non si affligga più di tanto. Magari fra una settimana le sarà passato tutto e potrà partire tranquillamente. Vedrà che andrà proprio così".

Indagare

Le risposte sono indagatrici. Si è smaniosi di saperne di più e di orientare il colloquio verso i dati di realtà che sembrano importanti all'operatore. Si rischia di essere sbrigativi e incalzare l'utente chiedendogli ciò che si ritiene oggettivo. Le risposte indagatrici possono produrre: interruzione dell'esposizione, chiusura, inibizione, stato d'allarme.

Risposta: "Che tipo di sintomi ha? Me li può descrivere con maggiore precisione?".

Comprensione

Le risposte comprensive riflettono il tentativo di entrare sinceramente nel problema, così come esso è vissuto dall'altro. Dapprima occorre assicurarsi di aver capito ciò che è stato detto. Questo atteggiamento dà fiducia all'interlocutore e fa sì che questo si esprima maggiormente, poiché in questo modo egli ha la prova che viene ascoltato senza pregiudizi.

Risposta: "Tiene molto a questo tour, ma ha paura che qualche ostacolo, magari la sua salute, le impedisca di partire".

2. Il counselling

2.1 Introduzione

Il termine “counselling” non è facilmente traducibile nella nostra lingua, non significa consigliare, come spesso accade di sentire. Il termine inglese counselling deriva dal verbo “to counsel” che, letteralmente, significa “dare consigli”. L'aderenza stretta al significato originario ha gradualmente indotto un misconcetto sulla complessa attività che la parola counselling indica, un pregiudizio per cui nel counselling si danno consigli. Il counselling non è un intervento identificabile con la psicoterapia, ma può avere effetti profondamente terapeutici. Non è identificabile con un affettuoso sostegno, ma se manca l'empatia e il desiderio di sostenere non produce alcun effetto. Non è semplicemente un dare consigli o consulenza, perché è fatto di ascolto e disponibilità. Non è però nemmeno puro ascolto, ma ha bisogno di fasi direttive, di un metodo e un progetto che lo indirizzi.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il counselling è un “processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni; esso coinvolge un ‘cliente’ e un ‘counsellor’: il primo è un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al cliente, addestrata all'ascolto, al supporto e alla guida” (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1989).

L'OMS, quindi, definisce il counselling come un processo estremamente focalizzato, limitato nel tempo e specifico. Tramite il dialogo e l'interazione personale, aiuta gli individui a risolvere o gestire problemi e a rispondere, nel modo più ragionevole e possibile per le capacità e possibilità di ciascuno, a forme di disagio e a bisogni psicosociali. Il counselling è uno strumento che permette di attivare le strategie personali di coping, cioè gli adattamenti che consentono di far fronte alle situazioni di disagio nella vita. Lo scopo è di valorizzare e riattivare il contatto con le proprie risorse personali, migliorare le relazioni con gli altri e trovare un'efficace soluzione ai problemi. Secondo Amadori il counselling: “È un processo relazionale di tipo professionale, che coinvolge un operatore socio-sani-

tario e una persona, che sente il bisogno di essere aiutata a risolvere un problema o a prendere una decisione. L'intervento si fonda sull'ascolto, ed è caratterizzato dall'utilizzo di qualità personali, di conoscenze specifiche, nonché di abilità e strategie comunicative e relazionali finalizzate all'attivazione e alla riorganizzazione delle risorse personali dell'individuo, al fine di rendere possibili scelte e cambiamenti in situazioni percepite come difficili dalla persona stessa, nel pieno rispetto dei suoi valori e delle sue capacità di autodeterminazione"¹³. Un intervento in cui assume rilevanza la conoscenza e l'applicazione operativa di abilità relazionali e di strategie comunicative, finalizzate al raggiungimento dello scopo fondamentale del counselling: attivazione e riorganizzazione delle risorse della persona per affrontare problemi, situazioni di criticità e per rendere possibile scelte e cambiamenti in contesti "percepiti come difficili" dall'individuo stesso.

L'idea di base è che se una persona si trova in difficoltà, la miglior cosa da fare per venirle in aiuto non è quella di dare dei consigli e dirle cosa fare, quanto piuttosto di metterla in condizione di comprendere appieno la sua situazione e di gestire il suo problema da sola prendendosi la piena responsabilità delle scelte. Tale approccio parte dal presupposto rogersiano che la persona abbia le risorse emotive, affettive e cognitive necessarie per risolvere il suo problema. Compito del counsellor è di agevolare la riorganizzazione di queste risorse e di creare le condizioni per farle emergere¹⁴. Alla base di un buon intervento di counselling vi è un insieme di abilità, atteggiamenti e tecniche per aiutare la persona ad aiutarsi, attraverso la relazione.

2.2 Il colloquio centrato sul cliente: Carl Rogers

Rogers, insieme a Rollo May e Maslow, è tra gli psicologi che maggiormente hanno contribuito a fondare e diffondere la Psicologia Umanistica. Il pensiero fenomenologico esistenziale, nato in Europa, viene recepito negli Stati Uniti dalla corrente della Psicologia Umanistica, detta Terza Forza, rispetto alla Psicoanalisi e al Behaviorismo (comportamentismo), ritenute la prima e la seconda forza della psicologia¹⁵.

Tutta la teoria e la pratica della psicologia umanistica si pongono come reazione compensatoria al riduttivismo comportamentista e, ancor più, esprimono un netto rifiuto di tutto ciò che richiami la neutralità e il distacco del terapeuta. Questo movimento, pur teorizzando stili di conduzione

diversi, prevede il recupero dell'umanità, della spontaneità, dell'espressione, qui ed ora, dei sentimenti, offrendo nuovi valori.

La Psicologia Umanista

Questo approccio teorico e metodologico sviluppatosi negli Stati Uniti negli anni '60, deve il suo affermarsi principalmente al pensiero e alle opere di Abraham Maslow, Rollo May, Carl Rogers e Thomas Gordon. Questi autori per primi sottolinearono la necessità di considerare l'essere umano come organismo bio-psico-sociale, promuovendone così una visione olistica, ossia di pari dignità e valore delle componenti biologiche, psicologiche e sociali dell'esperienza umana. Le loro teorizzazioni sulla natura umana, essenzialmente "programmata" per l'autorealizzazione attraverso il riconoscimento e il soddisfacimento dei propri bisogni (fisiologici, emotivi e socio-relazionali), si sono poi tradotte in una pratica clinica e psicoterapeutica finalizzata alla promozione della salute psicofisica dell'individuo^{16,17,18}.

La terapia centrata sul cliente

"Client-centered Therapy" è il termine storicamente più antico, che risale all'omonimo testo del 1951, ed è anche il più noto. Un'altra denominazione spesso usata è quella di approccio non direttivo. Alla base del non-direttivismo vi è una concezione positiva dell'essere umano o della sua capacità di autoregolazione. *"L'individuo ha la capacità latente, se non manifesta, di comprendere se stesso nella misura richiesta per la soluzione dei suoi problemi, come pure la capacità di riorganizzare la sua personalità in modo da realizzare il grado di soddisfazione necessario al suo buon funzionamento"*.

La possibilità di esplicitare questa tendenza attualizzante o "growth", come la chiama lo stesso Rogers, ha bisogno di *"un contesto di relazioni umane positive, favorevoli alla conservazione e alla rivalutazione dell'IO*. In altri termini, richiede delle relazioni sprovviste di minacce o di sfide alla concezione che il soggetto si fa di se stesso".

Per Rogers, la persona già possiede le capacità per auto-comprendersi, modificare e migliorare il proprio comportamento (tendenza attualizzante). Ruolo del counsellor è facilitare questo compito creando un

clima di accettazione, empatia, responsabilizzazione, che faciliti l'auto-realizzazione del cliente. Rogers dice che l'approccio centrato sul cliente presuppone un atteggiamento di interesse, una disponibilità senza pregiudizio, un incoraggiamento all'espressione spontanea dell'altro, basati su un'intenzione autentica di comprendere l'altro e il suo universo soggettivo, quindi un continuo decentrarsi da se stessi per entrare nell'universo dell'altro. Inoltre è necessario uno sforzo costante per monitorare ciò che avviene durante il colloquio al cliente, al counsellor e alla relazione. Per comprendere l'altro è necessario ascoltarlo senza interpretare, senza giudicare, senza fornire soluzioni o sostegno (VISSI). Insieme all'ascolto, occorre prestare attenzione agli atteggiamenti dell'altro, a cogliere le espressioni significative del suo vissuto a livello verbale, mimico, posturale. È anche necessario che il counsellor osservi se stesso per non proiettare verso il cliente le proprie opinioni, il proprio sistema di valori. Secondo Rogers il counsellor dovrebbe possedere tre qualità fondamentali: autenticità, considerazione positiva e incondizionata e profonda comprensione empatica.

2.3 Atteggiamenti di base: congruenza o autenticità, accettazione incondizionata, empatia

Congruenza o Autenticità

L'autenticità, talvolta chiamata congruenza, comprende la spontaneità, l'apertura e la genuinità. È la condizione di accordo tra l'esperienza, la rappresentazione nella coscienza e la espressione della stessa. Il counsellor non ha niente di fasullo, non si nasconde dietro una facciata professionale, e rivela i suoi pensieri e sentimenti al cliente in maniera informale e schietta. In un certo senso il counsellor, mettendosi così onestamente allo scoperto, fornisce un modello di ciò che il cliente stesso può diventare se si mette in contatto con i suoi sentimenti, li esprime e si assume la responsabilità di farlo.

Accettazione incondizionata

Il secondo attributo di un bravo counsellor, secondo Rogers, è la capacità di offrire una considerazione positiva incondizionata. È un atteggiamento

giamento di accoglienza ricco di tolleranza, rispetto ed empatia. Egli apprezza il cliente per quello che è e gli comunica un affetto non possessivo, anche quando non approva il suo comportamento. Le persone hanno valore semplicemente per il fatto di essere persone e il counsellor deve avere profondamente a cuore il cliente e rispettarlo, per la semplice ragione che egli è un essere umano impegnato nella lotta per crescere e stare al mondo.

Empatia

La terza qualità, una profonda comprensione empatica, è la capacità di vedere il mondo, momento per momento, attraverso gli occhi del cliente. Si parla di empatia definendo quella abilità per cui sentiamo quello che l'altro sente, vediamo il mondo come lo vede l'altro mettendoci nei suoi panni, "come se" fossimo Lui/Lei e dove questo "come se" ci permette di non fonderci o confonderci con l'altro, ci permette di non identificarci con l'altro, mantenendo lo sguardo esterno necessario alla relazione d'aiuto^{19,20}.

2.4 Le tecniche rogersiane: le questioning skills (capacità di indagine), la riformulazione, il feedback fenomenologico

Capacità di indagine (questioning skills)

È la capacità di chiedere informazioni al cliente.

Le domande aperte: lasciano ampia possibilità di risposta, tendono ad ampliare e approfondire la relazione, stimolano l'esposizione di opinioni e pensieri (come, cosa vorrebbe, potrebbe, può approfondire, cosa ne pensa), indagano un range di informazioni ("Come mai si è così preoccupato?" – diretta; "Dica di più di questo dolore" – indiretta). Quindi offrono l'opportunità al cliente di ampliare le risposte, di chiarire a se stessi e al counsellor aree significative di preoccupazione e al counsellor danno l'opportunità di registrare molte informazioni sulla situazione del cliente. Le domande chiuse sono circoscritte, costringono ad una sola risposta specifica, spesso forzano una risposta, restringono e rendono più mirata la comunicazione, richiedono solo fatti oggettivi e a volte possono sembrare limitative e ostacolanti (quando? dove? chi?) ("Quanto ha di febbre?").

La riformulazione

La riformulazione consiste nel ridire, con le stesse parole o con parole diverse, più chiare e sintetiche, ciò che l'interlocutore ha appena detto.

Nella riformulazione il counsellor rimanda al cliente:

- il contenuto cognitivo;
- il contenuto emotivo;
- il "contenuto" comportamentale;

che il cliente ha espresso, facendo attenzione a non aggiungervi nulla di proprio. Attraverso la riformulazione l'operatore che applica tecniche di counselling fa da rispecchiamento al suo utente; nello stesso momento ridefinisce in modo più chiaro il mondo interno dell'altro e si accerta di aver ascoltato con attenzione, capito i contenuti e compreso i vissuti.

Il feedback fenomenologico

Consiste nel rimandare al cliente i dati fenomenici che sono stati osservati mentre il cliente si relaziona con noi amplificando le differenze eventuali tra un prima e dopo, aggiungendo eventualmente ciò che abbiamo sperimentato e ciò che eventualmente immaginiamo.

Il feedback fenomenologico riguarda:

- Il **comportamento** anziché la persona. Si cerca di rimandare al comportamento. Invece di "sei *molto aggressivo*" posso rimandare che ho osservato un tono di voce alto e vibrante, pugni serrati, mascelle serrate ecc.
- **Osservazioni** piuttosto che deduzioni. Che cosa la persona dice o fa invece di ciò che noi pensiamo possa aver fatto.
- La **descrizione** invece del giudizio.

Permette di:

- Essere **specifici** piuttosto che generici.
- Manifestare **idee ed informazioni** invece di dare consigli.
- Offrire **l'insieme di informazioni che il ricevente può utilizzare** piuttosto che le informazioni che ci piacerebbe fornire²¹.

3. Il valore aggiunto del counselling nella professione del farmacista

3.1 Il counselling in ambito sanitario

In questi ultimi anni stiamo assistendo ad un importante cambiamento della medicina, che mentre da un lato, grazie all'evolversi della scienza e della tecnica, ha permesso il prolungamento della vita media, dall'altro si trova di fronte a problematiche sempre nuove, come il rapporto tra la qualità della vita e le scelte terapeutiche adottate, la bioetica dell'operare medico, il perpetuarsi del predominio delle malattie cardiovascolari, tumorali e delle affezioni degenerative e croniche e, infine, l'importanza dell'assistenza all'ammalato quando la cura non è più possibile. Questi aspetti hanno provocato una crisi evolutiva della mentalità "assolutistico-scientifica" della medicina, che prima veniva "celebrata" esclusivamente nei grandi poli scientifici e ospedalieri e adesso invece sente la necessità di confrontarsi anche con altre scienze, per arricchirsi attraverso apporti sempre nuovi (come ad esempio quelli che vengono da quelle "risorse" che sono il territorio e il domicilio del paziente), e per contribuire ad una migliore umanizzazione dei servizi sanitari. In questo nuovo modello operativo il paziente acquisisce una posizione centrale rispetto alle sue scelte funzionali e al proprio benessere psico-fisico. Gli attuali indirizzi legislativi e gestionali del nostro sistema sanitario perseguono obiettivi di qualità e di umanizzazione. La moderna visione del management è orientata alla persona piuttosto che alla malattia, con l'obiettivo di allungargli la vita in termini di sopravvivenza, ma anche di assicurargli una dimensione dignitosa dei giorni per come li vivrà.

Questo è nelle intenzioni, sicuramente eccellenti, ma che non possono soppiantare tutti insieme la formazione e l'organizzazione che ha caratterizzato il mondo sanitario fino a poco tempo fa. Questo nuovo approccio in teoria apre le porte al counselling e alla relazione di aiuto. La parola *aiuto* è presente sia nel vocabolario del medico (quando parlo di medico in realtà mi rivolgo a tutti i professionisti della salute, compreso il farmacista) che in quello del counsellor; la differenza sta nel fatto che nel mondo sanitario l'aiuto non è attraverso la relazione ma attraverso un'azione,

un atto. Il medico non cura parlando, non cura stando in relazione ma lo fa in due modi: o tramite la somministrazione di farmaci oppure agendo chirurgicamente. Infatti, la facoltà in cui un medico si forma si chiama Medicina e Chirurgia. Le malattie sono di ordine medico o chirurgico: o si trattano con farmaci oppure si interviene chirurgicamente. È un atto, un'azione e non una relazione. Questo crea una logica, una forma mentis completamente diversa da quella che è centrata sulla relazione, sull'aiuto attraverso la relazione. È un grande problema perché è un problema di impostazione. Un altro problema consiste nel fatto che per tutta una serie di motivi, per come si è sviluppata la medicina, lo studio e la ricerca hanno ruotato intorno alla patologia e alla patologia d'organo, mandando sullo sfondo la visione d'insieme e soprattutto l'individuo in quanto tale.

Si parla spesso di visione olistica ma, di fatto, siamo figli di una cultura sanitaria centrata sull'organo. Quindi facciamo fatica ad abbandonare l'approccio organo centrico, cioè il medico guarda la malattia, guarda l'organo. Ha estrema difficoltà a considerare nel suo insieme la persona. Occorre fare una operazione di integrazione tra i vari aspetti della malattia non considerandole separate ma come un tutt'uno.

Come dicevo precedentemente, in Italia la maggior parte dei professionisti della salute non viene addestrata al counselling, e laddove, invece, viene usato, i pazienti percepiscono la differenza perché lo stile del professionista è empatico, centrato sul paziente, ascolta, osserva, comunica, comprende il paziente in maniera individualizzata e non schematica e disumanizzante, lo riconosce come persona.

Il counselling è efficace anche nella prevenzione del burnout, sindrome caratterizzata da esaurimento emozionale, depersonalizzazione e riduzione delle capacità personali che si presenta agli operatori delle professioni d'aiuto, in particolare dell'area sanitaria, perché agevola la comunicazione tra gli operatori, favorisce l'interdipendenza e l'organizzazione nel lavoro di gruppo, facilita la trasmissione di informazioni con i pazienti e i familiari in maniera chiara, onesta ed esauriente, facilita la condivisione e funziona come sostegno.

Il counselling trova applicazione in tutti i setting sanitari, in particolare nei centri per le malattie genetiche, nei reparti oncologici, nei centri di riabilitazione per la sclerosi multipla, nelle unità coronariche. È efficace nel ridurre l'ansia e lo stress a fronte di una corretta informazione, aumenta l'aderenza e il successo terapeutico grazie ad una comunicazione efficace;

l'approccio empatico riduce l'isolamento affettivo e sociale della persona malata e dei suoi familiari²².

La normativa

La professione del counsellor è una delle professioni definite nel D.d.l. n. 3270 del 19 dicembre 2012 tra quelle non regolamentate. La legislazione italiana si è allineata all'indirizzo europeo (Direttiva 2005/36/CE) con l'emanazione di una legge che ha regolamentato le professioni non organizzate in ordini e collegi (Legge 14 gennaio 2013 n. 4 "Disposizioni in materia di professioni non organizzate")²³. La legge dà una definizione di "professione non organizzata in ordini o collegi", intendendo come tale *"l'attività economica, anche organizzata, volta alla prestazione di servizi o di opere a favore di terzi, esercitata abitualmente e prevalentemente mediante lavoro intellettuale, o comunque con il concorso di questo, con esclusione delle attività riservate per legge a soggetti iscritti in albi o elenchi ai sensi dell'articolo 2229 del codice civile, delle professioni sanitarie e delle attività e dei mestieri artigianali, commerciali e di pubblico esercizio disciplinati da specifiche norme di legge"*.

La legge introduce il principio del libero esercizio della professione fondato sull'autonomia, sulle competenze e sull'indipendenza di giudizio intellettuale e tecnica del professionista (comma 4 art. 1): *"L'esercizio della professione è libero e fondato sull'autonomia, sulle competenze e sull'indipendenza di giudizio intellettuale e tecnica, nel rispetto dei principi di buona fede, dell'affidamento del pubblico e della clientela, della correttezza, dell'ampliamento e della specializzazione dell'offerta dei servizi, della responsabilità del professionista"*. Consente, inoltre, al professionista di scegliere la forma in cui esercitare la propria professione riconoscendo l'esercizio di questa sia in forma individuale sia associata o societaria o nella forma di lavoro dipendente. I professionisti possono costituire associazioni professionali (con natura privatistica, fondate su base volontaria e senza alcun vincolo di rappresentanza esclusiva) con il fine di valorizzare le competenze degli associati, diffondere tra essi il rispetto di regole deontologiche, favorendo la scelta e la tutela degli utenti nel rispetto delle regole sulla concorrenza.

Le associazioni possono costituire forme aggregative che rappresentano le associazioni aderenti, agiscono in piena indipendenza e imparziali-

tà e sono soggetti autonomi rispetto alle associazioni professionali che le compongono, con funzioni di promozione e qualificazione delle attività professionali che rappresentano, nonché di divulgazione delle informazioni e delle conoscenze a esse connesse e di rappresentanza delle istanze comuni nelle sedi politiche e istituzionali.

Per quanto sopra riportato, per i counsellor si rende necessaria l'iscrizione a una associazione di categoria, che in forza della sua funzione tuteli il professionista e il cittadino (utente).

Per il professionista:

- qualificazione del professionista stesso, attraverso rigore metodologico a cui deve attenersi chiunque svolge la propria attività nella relazione di aiuto;
- promozione della formazione permanente;
- organizzazione di eventi, seminari, conferenze, convegni, diffusione di riviste, testi, trattati, monografie e pubblicazioni sul tema, per la valorizzazione e diffusione della professione del counselling;
- standard qualitativi formativi e operativi in linea con quelli europei.

Per il cittadino (utente), l'Associazione di categoria darà la possibilità di accedere a tutte le informazioni sul counsellor in ordine di:

- skill formativo del professionista;
- codice etico e deontologico;
- regolamentazione del contratto tra professionista e utente, in merito a costo, tempo di intervento e adempimenti obbligatori (in base a quanto previsto dalla legge sulla privacy);
- posizione assicurativa del professionista;
- scelta del trattamento di elezione.

Il Coordinamento Nazionale Counsellor Professionisti (CNCP) è registrato presso il Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) che per conto dei Ministeri della Giustizia e dello Sviluppo Economico tiene il "registro" di tutte le professioni non regolamentate presenti sul territorio italiano e, sulle quali ha espresso il proprio parere²⁴. Nei prossimi mesi il Ministero dello Sviluppo Economico pubblicherà sul proprio sito l'elenco delle associazioni professionali che rientrano nel D.d.l. n. 3270 e quindi dei professionisti che vi aderiscono, tra questi appunto i counsellor.

La formazione

I livelli di competenza professionale per la qualifica di Counsellor sono autonomi l'uno dall'altro ai fini dell'esercizio della professione, ma prope-
deutici l'uno all'altro ai fini della formazione.

Qualifica di Counsellor:

- almeno 25 anni d'età e titolo di studio corrispondente al Diploma di scuola secondaria di secondo grado o almeno 23 anni d'età se in possesso di laurea triennale;
- essere una figura professionale già operante in una relazione di aiuto o assistenza, nel campo educativo, sociale, assistenziale, sanitario o legale;
- attività formative riconosciute comprensive di un monte ore di almeno 450 da espletare in non meno di due anni e comprensive di tirocinio alla fine del percorso;
- il superamento di una prova d'esame finale;
- il "Counsellor di base" (professionista con abilità di counselling) può svolgere esclusivamente attività di counselling nell'ambito professionale di propria competenza.

Per ottenere dal CNCP la qualifica di Counsellor Professionista il socio deve possedere e documentare:

- la qualifica di counsellor di base;
- almeno 26 anni d'età e titolo di studio corrispondente al Diploma di scuola secondaria di secondo grado; o almeno 24 anni d'età se in possesso di Laurea triennale;
- attività formative riconosciute e attestate per un totale minimo di 500 ore da svolgersi in almeno un anno formativo e suddivise in studi teorici, attività seminariali, tirocini, pratica supervisionata, sviluppo personale e altre attività che favoriscono l'acquisizione delle competenze professionali;
- le attività formative di cui al punto precedente devono fare riferimento ad un modello di Counselling riconosciuto dalla pratica scientifica nazionale o internazionale;
- il superamento di una prova d'esame finale.

Per ottenere dal CNCP la qualifica di Counsellor Professionista Avanzato il socio deve possedere e documentare:

- la qualifica di Counsellor Professionista;
- ulteriori attività formative, professionali e attività supervisionata per un totale di almeno 850 ore attestate da una scuola riconosciuta dal CNCP.

Per ottenere dal CNCP la qualifica di Formatore/Supervisore in Counselling, il socio deve possedere e documentare:

- la qualifica di Counsellor Professionista Avanzato;
- attestato di un percorso formativo specifico almeno biennale, rilasciato da una scuola riconosciuta dal CNCP;
- attestato di partecipazione alle giornate di Expert Meeting programmate dall'associazione, tenute nel periodo considerato di formazione; in alternativa aver partecipato ad almeno 2 giornate formative organizzate da sedi regionali e ad almeno 1 giornata formativa organizzata a livello nazionale dal CNCP.

3.2 Il ruolo del counselling in Farmacia

Una possibile definizione è quella tratta da uno dei libri di testo adottati dagli studenti di farmacia nella formazione universitaria di base negli USA: *"It means pharmacists talking with patients and listening to them about the medications and the lifestyle modifications they are intended to take, in order to educate them about medications and lifestyle related issues and to help them get the most benefit from therapy [...] There are both helping and educational goals of patient counselling in pharmacy..."*²⁵.

Il counselling può essere tradotto efficacemente come "una consulenza all'interno di una relazione d'aiuto" e in questa traduzione sono facilmente individuabili i due obiettivi del counselling: da un lato la consulenza identificabile con il bagaglio tecnico-scientifico (*educational goal*) del farmacista e dall'altro le abilità comunicativo-relazionali (*helping goal*) che consentono di costruire la fiducia e creare l'alleanza terapeutica con il paziente in modo da "aiutarlo" ad ottenere il massimo beneficio e il minor rischio dalla terapia. Non a caso il Ministero della Salute nelle *Linee di indirizzo sugli strumenti per concorrere a ridurre gli errori in terapia*

farmacologica nell'ambito dei servizi assistenziali erogati dalle Farmacie di comunità ha introdotto il counselling in Farmacia e il farmacista counsellor e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca in concerto con il Ministero della Salute nel Decreto interministeriale n. 68 del 4 febbraio 2015 relativo al Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria, ha introdotto tra le attività professionalizzanti obbligatorie nell'ambito della Farmacia Ospedaliera *attività di counselling al paziente in sede di dispensazione dei farmaci*^{26,27}.

Distribuzione Diretta

Con la Legge n. 405 del 2001 il Governo ha autorizzato le Regioni all'introduzione della "Distribuzione Diretta" dei farmaci; tale legge, infatti, ha introdotto modalità alternative di distribuzione diretta dei farmaci, rispetto al consueto canale delle farmacie convenzionate, con l'obiettivo di garantire la necessaria continuità assistenziale tra ospedale e territorio²⁸.

La distribuzione diretta, infatti, riguarda l'erogazione di medicinali:

- al primo ciclo terapeutico per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale. Si tratta, in genere, di medicinali di classe A e H, inclusi nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) e prescritti nel rispetto delle indicazioni autorizzate e delle note AIFA. Sono esclusi i medicinali di classe C e gli stupefacenti (un programma a parte riguarda la terapia del dolore per i malati oncologici);
- necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
- che richiedono un controllo ricorrente del paziente. Si tratta, in genere, dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT)

In quest'ultimo caso la distribuzione avviene secondo le seguenti modalità:

- direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche: le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere acquistano i medicinali, secondo le condizioni di norma previste per il Servizio Sanitario Nazionale, e li distribuiscono, mediante le proprie strutture, direttamente ai pazienti per l'utilizzo al proprio domicilio;

- attraverso le farmacie convenzionate: sulla base di accordi specifici tra Regione/ASL (che acquistano i farmaci) e Distributori (grossista e/o farmacia). Tali accordi prevedono la distribuzione, tramite le farmacie convenzionate, dei medicinali al paziente, per conto del Servizio Sanitario Regionale (SSR), detta anche distribuzione per conto (DPC). Gli accordi prevedono, in genere, la remunerazione del servizio di distribuzione sulla base di una percentuale sul prezzo al pubblico del farmaco o di una commissione per confezione o per ricetta.

Nell'ambito della distribuzione diretta dei medicinali, in particolare ai pazienti in dimissione possono essere perseguiti e raggiunti i seguenti obiettivi:

- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva rispetto alla diagnosi di dimissione;
- valutazione della conformità della prescrizione alle Note AIFA e della pertinenza ai piani terapeutici;
- individuazione e segnalazione di eventuali interazioni e/o reazioni/eventi avversi da farmaci e implementazione di programmi per la sicurezza dei pazienti;
- rilievo e notifica di eventuali schemi posologici errati;
- comunicazione e informazione al paziente e a chi se ne prende cura, relativamente alla terapia su eventuale dispensazione di prodotti commerciali equivalenti; principali indicazioni d'uso; modi e tempi d'assunzione; corretta gestione dei farmaci al domicilio, dal trasporto a casa fino allo smaltimento, soprattutto nel caso di particolari terapie (farmaci antitumorali); avvertenze, effetti collaterali e qualunque altra informazione o consiglio che possano aumentarne la compliance.

Questa modalità di distribuzione dà l'opportunità al farmacista ospedaliero di recuperare il contatto diretto e continuativo con il paziente. Nella maggior parte dei casi, dopo la dimissione, il paziente e i parenti che lo seguiranno nel periodo di convalescenza, si sentono spaesati e confusi, spesso non esprimono al medico tutti i dubbi, per timore di essere considerati apprensivi o semplicemente perché alcune domande sorgono dopo il colloquio con il clinico. Il passaggio in farmacia risulta quindi una tappa

molto delicata, il paziente ha avuto tempo di elaborare le parole del medico, si sente pronto a fare domande e cerca nel farmacista un consulente attento e disposto a dedicargli tempo. Le abilità del counselling consentono al farmacista di fornire al paziente le informazioni di cui ha bisogno in una modalità empatica che rispetti l'autodeterminazione dello stesso, i suoi tempi e i suoi valori. Il farmacista/counsellor va a lavorare sulla motivazione personale del paziente agevolandolo nella ricerca di nuove energie/risorse che gli consentano di trarre il massimo beneficio possibile per lui in quel momento.

Il counselling, in generale, rappresenta per il farmacista un potente strumento per migliorare l'aderenza alla terapia e per realizzare la ricognizione e riconciliazione terapeutica.

Aderenza

Anche per l'attività del farmacista vale quanto detto per il medico: passare da un approccio orientato alla patologia e quindi alla ottimizzazione della terapia ad un'attività clinica orientata alla presa in carico del paziente per quanto riguarda il trattamento farmacologico. Come per il medico è necessario integrare la disease con l'illness, per il farmacista è necessario superare l'approccio basato sulla *compliance* per giungere a quello basato sull'*aderenza*. La letteratura è ricca di lavori che studiano la mancata compliance/aderenza ai trattamenti cercando di trovare una soluzione: dal 30 al 50% dei pazienti non prende completamente o in parte i farmaci prescritti. Molti studi hanno evidenziato come il comportamento di non aderenza sia un fattore significativo di morbilità e mortalità cardiovascolare, di rigetto di organi trapiantati, e di rischio soprattutto nella popolazione anziana²⁹. Una scarsa aderenza è stata anche considerata la causa di procedure e di ospedalizzazioni non necessarie³⁰.

Sia che riguardino interventi da fare sia che impongano cambiamenti nello stile di vita, le prescrizioni e le indicazioni mediche si fondano su conoscenze scientifiche la cui validità è ritenuta se non certa (la scienza non ha certezze) almeno altamente probabile, spesso proprio in base ai criteri della Evidence-Based Medicine (EBM). Questo non basta; infatti in letteratura è riportato che il 24% dei pazienti dimessi dopo un infarto acuto del miocardio non continua la terapia dopo soli 7 giorni dalla dimissione così come tra i pazienti dimessi con aspirina, statine e beta bloccan-

ti il 34% dismette almeno un farmaco e il 12% tutti e 3 entro un mese dalla dimissione^{31,32}. A distanza di 6-12 mesi dalla diagnosi angiografica di malattia coronarica, il 71% dei pazienti dichiara di continuare ad assumere l'aspirina, il 46% i beta-bloccanti e il 44% gli agenti ipolipidizzanti e solo il 21% tutti e 3 i farmaci³³. È riportato, inoltre, che il 50% dei pazienti ipertesi smettono di prendere i farmaci prescritti entro un anno dalla prescrizione e che su un giorno di terapia i pazienti omettono il 10% della dose di farmaco prescritta³⁴. Dati di letteratura ci informano che il 20-50% dei pazienti trapiantati non è aderente al trattamento: è riportato che la metà dei fallimenti del trapianto e un quarto delle morti sono dovute a scarsa aderenza al trattamento post-trapianto con notevoli costi per la società. Il trattamento post-trapianto ha lo scopo di evitare il rigetto acuto o cronico, le infezioni opportunistiche, le complicazioni secondarie, la tossicità associata ai farmaci immunosoppressori. Di conseguenza i pazienti trapiantati sono costretti ad assumere un cocktail di farmaci al giorno, a seguire una serie di prelievi ematici e biopsie, a venire alle visite di controllo, ad annotare a casa i segni vitali, a seguire degli esercizi fisici e una determinata dieta, a evitare l'esposizione prolungata al sole, ad astenersi dall'alcol, dal fumo e dalle sostanze illegali³⁵. L'aderenza alla terapia non va intesa semplicemente come assunzione della stessa: essa coinvolge, infatti, un'ampia serie di cambiamenti di comportamento e di stile di vita, ciascuno dei quali svolge un ruolo importante per la riuscita del trattamento (es. la dieta, l'attività fisica, il controllo dello stress).

Quando parliamo di aderenza ai trattamenti spesso ci riferiamo ad essa con il termine *compliance*: non sono proprio la stessa cosa e riflettono un atteggiamento e un modo di approcciarsi profondamente diverso. Secondo l'Oxford Dictionary, il termine *compliance* significa "*cedere a una pressione, soddisfare un comando, una prescrizione, una richiesta formale proveniente da un'autorità*". In campo medico, la *compliance* viene definita come il livello di coincidenza del comportamento di un soggetto con la prescrizione medica, ovvero il grado con cui il paziente esegue le prescrizioni del medico curante^{36,37}. Indica, dunque, l'adeguamento del paziente alle prescrizioni – farmacologiche, riabilitative e/o di stile di vita – fatte dal suo medico. In ogni caso presuppone che il paziente agisca in seguito a un "comando" del medico curante, e quindi in condizioni di sostanziale passività.

Il termine sottolinea quindi la passività del paziente, in un certo senso

il suo essere “oggetto” di cura, invece che soggetto e protagonista attivo della terapia. In questa “asimmetria” decisionale sta una delle ragioni di insoddisfazione terapeutica strutturale, con mancato o inadeguato utilizzo del farmaco.

Al contrario di quanto avviene per la *compliance* intesa in senso tradizionale, il termine “aderenza” enfatizza la partecipazione del paziente alle scelte terapeutiche, in un’ottica di sostanziale simmetria con il medico curante. In questa nuova ottica acquistano sempre maggior valore, nella valutazione dell’efficacia di un trattamento, le percezioni soggettive del malato e la sua soddisfazione³⁸.

La compliance, come approccio ai problemi di salute, ha dimostrato di essere efficace prevalentemente in rapporto alle patologie acute. In queste situazioni, certamente molto disparate ma unificate dall’evidenza che sono limitate nel tempo, ci sono alcune condizioni implicite che favoriscono e rendono efficace la compliance: la prescrizione è circoscritta a un breve periodo di tempo, è prevalentemente limitata al trattamento medico o chirurgico mentre quello comportamentale è solo di supporto al primo. Su questo modello è stato costruito il moderno sistema delle cure, basato sulle strutture di ricovero, sulle terapie farmacologiche e chirurgiche, sulla diagnostica specialistica. Il modello “autoritario” della compliance informa di sé sia la struttura e l’organizzazione sanitaria che le relazioni terapeutiche e, in entrambi i casi, tende a limitare la libertà di decisione del paziente. Questo modello si è dimostrato poco efficace nelle patologie croniche. In questi casi la compliance ai trattamenti farmacologici è molto bassa, ma ancora minore è per le prescrizioni di tipo comportamentale: il diabetico continua a mangiare zucchero, l’obeso non riesce a dimagrire, l’iperteso non svolge regolarmente l’attività fisica prescritta. Il concetto di “aderenza” diventa fondamentale quando all’ammalato viene consigliata una terapia farmacologica di lunga durata accompagnata dall’adozione di comportamenti salutari e l’abbandono di quelli a rischio³⁹.

Nell’accezione più completa, l’aderenza implica un “prendere insieme le decisioni” e che quindi il paziente sia messo in condizione di:

- capire le indicazioni fornite riguardo ai farmaci, agli stili di vita e a tutti i comportamenti orientati alla prevenzione;
- prendere decisioni concordate allo scopo di migliorare il proprio stato di salute.

In questo ambito si colloca l'intervento del farmacista. È prima di tutto l'esperto del farmaco e di tutte le problematiche ad esso connesse; il suo ruolo si è trasformato nel corso degli anni adeguandosi alla realtà che cambiava: da preparatore e dispensatore del farmaco, attività orientata alla gestione del prontuario; alla logistica e alla galenica tradizionale; a farmacista clinico, attività orientata alla patologia e quindi all'ottimizzazione della terapia; a farmacista clinico erogatore di pharmaceutical care, attività volta alla presa in carico della terapia del singolo paziente bilanciando in modo intelligente l'assegnazione delle risorse. Il farmacista può senz'altro affiancare le altre figure professionali preposte alla presa in carico del paziente fornendo tutte le informazioni necessarie e corrette sui farmaci prescritti nonché sui possibili effetti collaterali e su come gestirli al meglio e sull'adozione di comportamenti salutari. Il farmacista formato alle abilità del counselling, attraverso l'ascolto attivo dei bisogni del paziente, e l'empatia ossia la capacità di vedere le cose dal punto di vista dell'altro, sa entrare nel mondo interno, nell'universo di significati che definisce l'identità e la cultura del paziente e dei suoi sistemi di riferimento, e sa metterlo in condizione di scegliere responsabilmente e consapevolmente in merito ai trattamenti e ai comportamenti da adottare.

Ricognizione e riconciliazione farmacologica

L'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione, con quote crescenti di pazienti in età avanzata, affetti prevalentemente da patologie croniche, e della specializzazione delle cure comportano un aumento della complessità della terapia (politerapia) e della sua gestione (farmaci diversi prescritti da professionisti diversi in contesti differenti, ospedalieri e/o ambulatoriali). Questa complessità porta con sé un aumento del rischio di eventi avversi, soprattutto quando la terapia viene modificata a livello dell'interfaccia tra le varie strutture (ospedale, territorio) e tra i vari professionisti. Gli errori in corso di terapia farmacologica riguardano tutto il processo di gestione del farmaco, sia in ospedale che sul territorio. In particolare, nei momenti cosiddetti di Transizione di cura (ricovero del paziente in ospedale, dimissione, trasferimento tra reparti della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria) gli errori, correlati a differenze non intenzionali nella terapia, possono causare danni al paziente con un prolungamento della permanenza in ospedale o ricoveri ripetuti e l'utilizzo di ulteriori risorse sa-

nitare. La letteratura mostra elevate percentuali di errore inerenti le liste di farmaci consigliate al momento della dimissione (> 50%) o al termine di una consulenza specialistica (66%) sottolineando l'importanza di disporre di una procedura volta a standardizzare questa delicata fase della presa in carico del paziente^{40,41}. La conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente del paziente costituisce un passaggio fondamentale a garanzia della sicurezza nella prescrizione dei medicinali e della conseguente appropriatezza delle cure. Il processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica rappresenta uno "strumento" di elevata potenzialità nel ridurre le discrepanze e nel favorire la continuità delle terapie farmacologiche.

La letteratura riporta che il 67% dei pazienti, all'ammissione in ospedale, presenta *discrepanze non intenzionali* nella terapia e che, spesso, queste non vengono corrette: l'*omissione* dei farmaci è la più frequente *discrepanza non intenzionale*, seguita dalle assunzioni non necessarie. In seguito alla dimissione, una comunicazione non accurata o incompleta tra professionisti, nonché tra professionisti e pazienti e familiari/caregiver, viene indicata come un fattore determinante per il verificarsi di eventi avversi poiché influenza l'aderenza alla terapia^{42,43}.

La Raccomandazione n. 17, *Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica*, a cura dell'Ufficio III della ex Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, ha come obiettivo la prevenzione degli errori in terapia nei momenti in cui il paziente viene ricoverato o dimesso o trasferito tra reparti della stesso ospedale o ad altra struttura ospedaliera o extraospedaliera (territoriale)⁴⁴.

La Raccomandazione è centrata sulla Riconciliazione della terapia in ambito ospedaliero; alcuni aspetti sono validi per avviare questa buona pratica sul territorio coinvolgendo gli studi/ambulatori dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di famiglia (PdF) e le Farmacie di comunità.

Il documento è a tutela dei pazienti che:

- devono assumere farmaci prescritti sia nei passaggi tra ambiti di cura diversi sia nelle consulenze ospedaliere;
- seguono trattamenti di cura protratti (in rapporto a intervenute variazioni nel trattamento farmacologico).

La Raccomandazione è rivolta alle Direzioni aziendali e agli operatori sanitari, coinvolti nel processo di cura del paziente, delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), delle Aziende Ospedaliere (AO), degli Istituti di Ricovero e

Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), delle Strutture sanitarie private accreditate, delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) nonché ai medici di medicina generale (MMG) e pediatri di famiglia (PdF).

La prima fase ricognitiva (*ricognizione*) rappresenta una raccolta completa e accurata (*Best Possible Medication History, BPMH*) di informazioni sui farmaci e su tutti i prodotti assunti dal paziente (farmaci omeopatici, fitoterapici, integratori, ecc.). Viene effettuata generalmente dal medico (ma anche dal farmacista o dall'infermiere), riportando esattamente informazioni circa le caratteristiche del paziente (peso, altezza, patologie concomitanti, stile di vita, presenza di eventuali allergie e/o intolleranze) e gli eventuali trattamenti in corso (nome commerciale e/o denominazione del principio attivo, forma farmaceutica, via, dose e modalità di assunzione). Per ottenere la BPMH il professionista della salute deve riferirsi ad almeno due fonti. La fonte privilegiata delle informazioni è rappresentata dal paziente; in tal modo si può verificare l'effettivo utilizzo dei medicinali, coerente o meno con le indicazioni del medico curante, e venire a conoscenza di ulteriori prodotti assunti di propria iniziativa. L'altra fonte è l'eventuale lista dei medicinali, redatta dal medico di medicina generale, che dovrebbe essere sempre esibita ogni volta che il paziente effettua una visita o accede ad una struttura sanitaria.

La fase successiva di *riconciliazione* confronta la lista stilata in fase di *ricognizione* con le prescrizioni mediche correnti; rileva e risolve eventuali discrepanze o errori; documenta ogni modifica della terapia. La *riconciliazione* viene effettuata nelle diverse fasi di assistenza al paziente: ammissione, trasferimento tra reparti o tra strutture di cura e dimissione ospedaliera. I principali responsabili sono il medico e il farmacista. Durante la fase di ammissione e di trasferimento il medico valuta la possibilità della prosecuzione o della modifica del trattamento farmacologico in atto; il farmacista supporta il medico sulla pronta disponibilità dei farmaci ed eventuali alternative presenti nel PTO, verifica la completezza delle informazioni delle prescrizioni mediche e la congruità dei trattamenti stessi, tramite le informazioni presenti in cartella clinica per evitare errori, omissioni, sovrapposizioni, interazioni e rischi da farmaci LASA (Look-Alike/Sound-Alike).

Durante la fase di dimissione il medico effettua una revisione complessiva della terapia prescritta prima e durante il ricovero e stabilisce eventuali modifiche terapeutiche. Il farmacista, a sua volta, effettua una revisione

critica della terapia prescritta in dimissione, confrontando i farmaci inseriti nella cartella clinica con la lettera di dimissione e le prescrizioni del primo ciclo di cura. Il farmacista, inoltre, verifica la correttezza e la completezza dei piani terapeutici e si occupa della *patient education*, fornendo informazioni sul farmaco e sulla sua corretta somministrazione, rilasciando al paziente, se disponibili, opuscoli sul buon uso dei farmaci e relative schede. È evidente l'importanza delle abilità del counselling in entrambe le fasi nelle relazioni con il paziente e gli altri professionisti della salute^{45,46,47,48}.

3.3 Il metodo del Teach Back e Prime Questions

La distribuzione diretta rappresenta un'importante opportunità di garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio, l'appropriatezza, di utilizzo dei farmaci nonché la razionalizzazione della spesa farmaceutica pubblica. Allo stesso tempo è un momento di incontro con il paziente, un'opportunità per informarlo ed educarlo sulla terapia e uno strumento efficace di monitoraggio dell'aderenza terapeutica. Il tradizionale approccio di fornire le informazioni al paziente prevede che il farmacista "informa" e il paziente "impara". In tale approccio il paziente ha un ruolo passivo e, quel che è peggio, il farmacista non può verificare realmente quanto il paziente ha compreso, se non attraverso l'uso di domande chiuse ("Ha capito?" oppure "Ha qualche domanda?") che non sollecitano il paziente a esprimere dubbi e perplessità. La letteratura riporta che il 31% dei malati ignora il nome della malattia, il 52% non sa descriverla nemmeno sommariamente e il 96% non ne conosce i rischi e ignora i comportamenti adatti a prevenirli. Inoltre il 50% dei pazienti non conosce l'esatto dosaggio dei farmaci che assume, il 38% non conosce quando assumerli correttamente, il 69% non conosce gli effetti collaterali, il 80% assume meno farmaci di quelli prescritti, il 72% ritiene di aver bisogno di maggiori informazioni, il 51% ritiene di non aver bisogno di terapia e il 22% non vuole assumere farmaci. In media il 50% dei pazienti dimentica le istruzioni ricevute entro 2 ore dalla visita del medico^{49,50}. Un modo per colmare il gap di informazioni tra professionista della salute e paziente è l'utilizzo del metodo *Teach Back*, conosciuto anche come metodo *show-me* o *closing the loop*^{51,52,53,54,55}.

L'approccio *Teach Back* è un approccio interattivo in cui il farmacista, usando domande aperte, verifica quanto il paziente sa della propria te-

rapia e fornisce informazioni mirate e adeguate al singolo paziente, ladove sono carenti o errate. Si utilizzano le cosiddette *Prime Questions* domande aperte che permettono di capire se il paziente è a conoscenza del motivo della prescrizione (“A cosa serve il farmaco che prende?”); di sapere se conosce il dosaggio e la modalità di somministrazione del farmaco (“Come il medico le ha detto di prendere il farmaco?”); di sapere se è a conoscenza degli effetti, positivi e negativi, attesi dall’uso del farmaco (“Cosa le ha detto il medico che si deve aspettare prendendo questo farmaco?”). A fine consultazione il farmacista chiede al paziente di ricapitolare le informazioni apprese (“Voglio essere sicuro di averle spiegato le cose in modo chiaro. Può ripetermi ciò che le ho detto in parole semplici così da capire se non ho fatto confusione?”). Questo approccio interattivo ha il vantaggio di coinvolgere attivamente il paziente nel processo di consultazione e questo è un passaggio fondamentale nell’ambito dell’apprendimento per gli adulti. Inoltre l’approccio *Teach Back* evita inutili dispendi di energie e tempo in quanto il farmacista fornisce solo informazioni mirate e ad hoc per ciascun paziente⁵⁶.

3.4 Medicina Narrativa

Il concetto di Medicina Narrativa, o Narrative-Based Medicine, così definita in una raccolta di articoli pubblicati sul *British Medical Journal* (BMJ) nel 1999, è abbastanza recente; nasce negli anni '90 in USA ad opera della Harvard Medical School e dell’approccio fenomenologico ed ermeneutico in essa dominante.

I termini utilizzati indicano una modalità di affrontare la malattia tesa a comprenderne il significato in un quadro complessivo, sistemico, più ampio e rispettoso della persona assistita. La medicina narrativa è un modello empatico in grado di favorire un’elevata aderenza al trattamento nel paziente e di offrire all’operatore una metodica per la rilevazione del vissuto soggettivo di malattia. Fin dalla nascita della medicina, la formulazione della diagnosi si era basata su ciò che il paziente raccontava al medico ipocratico. Per questo motivo il successo professionale richiedeva competenze sociali, buone maniere e soprattutto capacità di ascolto. A partire dalla nascita dei grandi ospedali, e dalla loro affermazione definitiva nel Settecento, nonché dalla scoperta e diffusione di alcuni strumenti diagnostici (termometro, stetoscopio), si comincia a considerare prioritaria la rac-

colta di fatti oggettivi rispetto alla malattia, facendo passare in secondo piano il racconto del paziente. Inoltre, anche a causa del gran numero di malati che si concentrava negli ospedali, cominciava a farsi strada un approccio spersonalizzato al paziente, che diventava a tutti gli effetti un numero. A tutto ciò si aggiunge, infine, la nascita e lo sviluppo della nosografia, ossia il sistema di classificazione delle malattie, che porta il processo diagnostico a configurarsi come un'attività spersonalizzata di classificazione di segni e sintomi del paziente e alla loro riconduzione a quadri unitari predefiniti. Nel *modello biomedico*, la finalità dell'operatore è conoscere e trattare la malattia, non il malato: questo modello di medicina è definito "centrato sulla malattia", intesa in senso biologico, *disease*. La dinamica relazionale è caratterizzata da due aspetti fondamentali tra loro interconnessi: il potere molto elevato del medico, in relazione al suo sapere e alla sua assoluta expertise sulla malattia intesa in senso biologico, e lo stile che caratterizza le interazioni con il paziente che è molto direttivo, dove il controllo sull'evoluzione degli scambi è interamente gestito dal medico, che inserisce le risposte del paziente sulla base del proprio schema di ipotesi. Perciò questo modello di medicina viene anche definito *doctor-centered*. Il primo a mettere in discussione questo modello è stato Balint che ha proposto un modello *person-centered*⁵⁷. Il focus d'attenzione deve essere il setting terapeutico, cosa viene detto al suo interno e come. Inoltre la relazione con il paziente è cruciale, perché è di per sé terapeutica. Per questo motivo, è molto importante che l'operatore lavori sulle sue reazioni alla relazione terapeutica, attraverso la discussione e la supervisione in gruppo di casi clinici ripresi dalla propria pratica professionale (gruppi Balint). L'importanza del contesto del paziente è stata sottolineata maggiormente da un medico americano, George Engel, che nel 1977 pubblica su *Science* uno storico articolo, nel quale sostiene la necessità del passaggio ad un modello *biopsicosociale* di medicina⁵⁸. Per Engel l'individuo è, infatti, un sistema che è a sua volta parte di un macrosistema, costituito da famiglia, società, cultura, ambiente, le cui componenti sono in costante relazione tra loro. Nel momento in cui interviene la malattia, si assiste non solo a una modificazione della struttura organica dell'individuo, ma di tutte le parti che sono in interazione con il sistema uomo: il malato non è colpito solo a livello biologico, ma la malattia si manifesta anche come alterazione, anche a livello psicologico, individuale e sociale. I contributi di Engel e Balint sono fondamentali per la definizione di un nuovo modello della medicina

che nasce negli anni '80, la *patient-centered medicine*, la quale integra la dimensione biologica della medicina tradizionale con una prospettiva in cui il malato è protagonista. La nascita di questo approccio può essere fatta coincidere con la pubblicazione di alcuni lavori su *Family Practice* nel 1986⁵⁹. Si tratta di un modello che nasce e si sviluppa soprattutto nell'ambito della medicina generale e di famiglia, un campo di intervento nel quale, proprio per il ruolo centrale della relazione col paziente e il modesto uso delle tecnologie, era probabilmente più sentita l'esigenza di un cambiamento. Ben presto divennero disponibili dati di ricerca che dimostravano che tale approccio, migliora gli outcomes clinici nelle patologie croniche⁶⁰. Artur Kleinman è stato tra i primi a distinguere tra malattia in senso biologico (disease) ed esperienza di malattia (illness), che è il modo in cui il malato, la sua famiglia e la rete sociale percepiscono, definiscono, spiegano, valutano la patologia (disease) e vi reagiscono⁶¹. Da questo punto di vista, nella pratica clinica ciò che conta non sono solo i disturbi anatomici o fisiologici, ma il modo in cui il paziente si pone in relazione alla malattia. Ciò che conta non è solo la verità oggettiva ma anche la verità soggettiva, che è associata all'io e che varia da individuo a individuo.

Perché la storia di malattia che il paziente racconta è importante? Perché qualsiasi sia la narrazione, essa deve fornire una migliore spiegazione e un senso di coerenza a ciò che sta accadendo al paziente. Narrare una storia è una strategia fondamentale che tutti gli uomini, non solo i pazienti, hanno individuato nel corso dei secoli per riconnettere ciò che è stato improvvisamente e brutalmente scombussolato, nonché per far fronte all'imprevisto e dunque anche alla sofferenza che da tale imprevisto può scaturire. Chi davvero ascolta una storia di malattia, e risponde narrativamente ad essa, non può essere passivo, ma un soggetto che partecipa attivamente nella costruzione del racconto dell'esperienza di malattia: la storia si co-costruisce.

La medicina narrativa non deve essere assimilata al cosiddetto sfo-go, perché rappresenta un approccio alla relazione terapeutica e non va confusa con quella amicale o sociale. Sono indispensabili le abilità di counselling, senza le quali la narrazione rischia di essere un fiume in piena. In questo processo di co-costruzione della storia di malattia non solo il paziente, ma anche l'operatore, è messo in condizione di individuare dei significati vitali rispetto alla sua storia.

Secondo le *Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative*

dell'Istituto Superiore di Sanità (Consensus Conference dell'11, 12 e 13 giugno 2014): *“La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere, e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la co-costruzione di un percorso di cura personalizzato e condiviso (storia di cura)”*⁶².

Nonostante la illness si riferisca all'esperienza soggettiva, la sua conoscenza è considerata sempre più importante nella pratica medica. Il prendere in considerazione la illness experience è importante non solo per capire più approfonditamente il problema di salute del singolo paziente, ma anche per quello che succederà dopo l'incontro con il medico e la formulazione della prima diagnosi, ossia nella fase di approfondimento diagnostico, e, soprattutto, nel processo terapeutico: con un paziente che è stato ascoltato e compreso, per esempio, per quanto riguarda le sue idee sulla sua malattia e le terapie secondo lui più efficaci, sarà più facile avviare una negoziazione, e questi aderirà con maggior facilità al trattamento che gli verrà proposto, con il conseguente miglioramento degli esiti clinici, della soddisfazione personale e della relazione terapeutica.

I pazienti, non solo, sono sempre più informati sulle malattie e, quindi, poco disponibili ad accettare supinamente le indicazioni degli operatori, ma sono mossi, nei loro comportamenti, da idee, emozioni, motivazioni, influenze del contesto in cui vivono, esperienze della loro storia di vita, nella quale raramente sono inseribili tout court i cambiamenti richiesti da un determinato piano terapeutico, soprattutto se esso dovrà durare un lungo arco di tempo e richiederà al paziente sacrifici e rinunce. Occorre calare il progetto terapeutico nello specifico contesto del paziente che è caratterizzato da vincoli, possibilità e soprattutto speranze, prima fra tutte, quella della guarigione. In questo senso il piano terapeutico, narrativamente inteso, diviene una storia prospettica del recupero/mantenimento della salute e quindi una “storia della guarigione”. La principale finalità della costruzione di questa storia di guarigione è arrivare a proporre attività terapeutiche, che siano sufficientemente significative per stimolare una cooperazione attiva da parte del paziente. Ma per individuare attività terapeutiche significative, è necessario comprendere insieme al paziente, come tali attività possano entrare nel suo futuro attraverso la prefigurazione di una nuova storia di sé. Charyl Mattingly ha definito *therapeutic emplotment* questa capacità di costruire delle storie con il paziente, all'interno dell'attività d'impostazione di un piano terapeutico, con la finalità di

migliorare la sua adesione al trattamento⁶³. *Il therapeutic emplotment* è sostanzialmente un processo comunicativo-relazionale basato sull'ascolto, la creatività, la negoziazione e il monitoraggio continuo. *La ragione da sola non ottiene il risultato.*

Far proprio il paradigma narrativo non significa, dunque, rinnegare i principi dell'EBM, ma vuole dire imparare a calare le evidenze scientifiche nella storia del singolo paziente. L'EBM rappresenta lo strumento metodologicamente migliore per trasferire nella pratica clinica i risultati della ricerca e per trovare il meglio dell'efficienza clinica in letteratura, ma diventa insufficiente nella fase di trasferimento. Passaggio quest'ultimo che non può prescindere dalla malattia vissuta dal singolo paziente, cioè dalla sua storia. La medicina narrativa saldata con la EBM permette sostanzialmente di dare "colore" alla migliore soluzione trovata in letteratura per quel paziente.

La medicina narrativa si riferisce non solo al vissuto del paziente, ma anche ai vissuti del medico (e degli altri professionisti della cura) ed alla loro relazione. Anche chi cura ha bisogno di raccontare la propria storia. La narrazione del curante è lo strumento chiave per aiutare a sostenere i segnali di sindrome di burnout e per costruire una identità professionale umana e umanistica.

3.5 Medical Humanities

Cosa si intende con il termine "Medical Humanities"? Letteralmente questo termine indica "ciò che ha a che fare con l'uomo", con la natura umana; ancora, human è "ciò che è umano". Di conseguenza, il termine "humanities", in generale, in quanto sostantivo di human, dovrebbe significare "cose umane". Le humanities hanno in comune questo focus su ciò che è umano, ossia le espressioni culturali e creative, i valori, le prospettive, le attitudini, gli stili di vita dell'Homo Sapiens. Ogni disciplina che abbia questo focus rientra nelle humanities. Possono essere definite come ciò che riguarda la comprensione dell'uomo attraverso le scienze umane. Storicamente nell'ambito delle cosiddette scienze umane rientrano discipline quali la psicologia, la pedagogia, l'antropologia, la filosofia, la giurisprudenza, la letteratura, le arti visive. Una prima concezione, la più diffusa, della medicina è quella che considera la pratica clinica come scienza (della natura); all'interno di essa le Medical Humanities, poiché riguar-

dano in gran parte discipline non scientifiche, sono considerate marginali. Una seconda concezione, la più antica, quella ippocratica, considera la medicina principalmente come un'arte; in essa non viene negato il ruolo della scienza e della tecnologia, ma queste vengono ricomprese in una più ampia concezione dell'intervento medico, nella quale è parimenti importante la competenza relazionale. Una terza concezione, infine, quella che potremmo definire compensativa, diffusa negli USA alla fine degli anni '60, quando nascono le Medical Humanities, considera l'arte un modo per controbilanciare una medicina che, a causa del suo enorme sviluppo scientifico e tecnologico, ha perso il contatto con l'uomo. All'interno di una visione della relazione tra medicina e Medical Humanities, nella quale ogni contrapposizione e ogni dualismo sono superati, queste attività formative vengono ad essere intese, più che come specifici contenuti o disciplina, come una nuova *prospettiva* attraverso la quale insegnare e praticare la medicina. Una prospettiva nella quale viene enfatizzata la dimensione artistica della clinica. Le Medical Humanities, più che come specifiche discipline, dunque, possono essere intese come tutti quei saperi e quegli strumenti che consentono di imparare prima, ed esercitare poi, la medicina in questa nuova prospettiva che è quella narrativa. Qual è il loro rapporto con le narrazioni e le storie di malattia, termini con i quali spesso sono associate? Le storie rappresentano tanto l'oggetto di studio di alcune di queste discipline, come la letteratura, che uno strumento di conoscenza e di ricerca, per esempio nell'antropologia. Le narrazioni di malattia sono particolari tipi di storie. Quindi nel grande contenitore delle humanities rientrano le storie che, a loro volta, comprendono le narrazioni di malattia, cioè le *illness narratives*, o le scritture di malattia, cioè le *auto-pathographies*⁶⁴.

Nascono alla fine degli anni '60 negli USA: un piccolo gruppo di assistenti spirituali e di cappellani di campus universitari e facoltà di medicina, di diverse confessioni religiose, si costituirono come *Committee on Medical Education and Theology*. Erano soprattutto preoccupati della tendenza a separare il fatto tecnico da quello umano, inteso in senso più ampio e comprensivo della risposta ai diversi bisogni della persona malata⁶⁵. Dunque il substrato culturale dal quale originano le Medical Humanities è quello religioso, guidato da una preoccupazione pedagogica. Ben presto al nucleo originario del Committee, si unirono alcuni medici tra cui Edmund Pellegrino, figura di spicco della bioetica internazionale, e

dopo alcuni anni nasce la *Society for Health and Human Values* (1968). Nel corso della sua storia, intorno agli anni '60-'70, la medicina ha cominciato a chiedersi dov'è finito l'uomo, parcellizzato in organo, fibra muscolare, cellula da studiare dietro un microscopio, uomo che si è ridotto a malattia da guarire. In altre parole a un certo punto la medicina si è resa conto di avere perso di vista l'uomo nella sua complessità e globalità e, così, ha cercato di recuperarlo attraverso le sue opere "umane", mediante, cioè, l'espressione artistica, laddove l'artista è legittimato a esprimere in libertà le emozioni, i sentimenti, l'esperienza di vita. La medicina ha deciso di ritrovare l'uomo attraverso le *Medical Humanities*.

Servono per imparare a comprendere gli esseri umani, nella loro specificità e unicità⁶⁶. Possono rappresentare un modo per insegnare a conoscere davvero l'esperienza di malattia nella sua complessità e quindi nella sua ineludibile dimensione di vissuto. Poiché un vissuto di malattia non può essere spiegato scientificamente, ma solo compreso nella sua singolarità, le *Medical Humanities* hanno la finalità di sviluppare capacità osservative, interpretative e di *costruzione del significato dell'esperienza* di malattia, aiutando i professionisti della cura a connettere le esperienze altrui con le proprie e a sviluppare quindi capacità di confronto e di introspezione^{67,68}. Umberto Galimberti sostiene che attraverso la lettura di un romanzo o di una poesia, dove per esempio è descritto il dolore di chi perde una persona cara, abbiamo imparato fin da giovani cos'è l'esperienza della perdita e siamo quindi in grado di riconoscere questi sentimenti quando li incontriamo nella vita reale⁶⁹. In questo senso le *Medical Humanities* sono un fondamentale strumento per l'educazione emotiva delle persone. Pertanto esse, oltre che per comprendere l'esperienza del paziente, possono essere di grande aiuto per imparare a riflettere su se stessi, in quanto professionisti della salute. Confrontarsi quotidianamente con la malattia e la sofferenza comporta infatti l'insorgenza di emozioni negative e di stress, fattori che, alla lunga, possono portare a una sorta di "anestetizzazione" delle proprie reazioni all'esperienza di malattia dell'altro. Per converso, la possibilità di fare "esperienze narrative" offre agli operatori della salute alcuni fondamentali strumenti per interpretare se stessi e le proprie risposte alle situazioni assistenziali, che possono implementare la loro "resilienza" alle situazioni emotive più destabilizzanti, nonché proteggerli dallo stress e dallo sviluppo di insensibilità e cinismo. Le *Medical Humanities* aiutano insomma a sviluppare competenze narrative e interpretative sia rispetto al

paziente che a se stessi. Queste competenze narrative sono molto importanti, non solo, per raccogliere la storia del paziente, ma, anche, per costruire e comunicare una diagnosi e realizzare un coerente piano di trattamento narrativamente convincente. Inoltre rappresentano un importante strumento per sviluppare la capacità di stare nell'incertezza, e, quindi, di esercitare la medicina in quanto sappiamo che l'ambiguità è sempre con maggior forza indicata come il tratto distintivo della pratica clinica.

Bibliografia

1. Bert G. *Medicina Narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007.
2. *Rapporto PIT Salute 2012* <http://www.cittadinanzattiva.it/primo-piano/salute/4215-xv-rapporto-pit-salute-lo-stato-a-sociale.html> (ultimo accesso il 02/01/2016).
3. Galimberti C. *Psicologia*. Garzanti, Milano, 1999.
4. Zani B., Selleri P., David D. *La comunicazione. Modelli teorici e contesti sociali*. Carocci, Roma, 1999.
5. Nicolini P. *La formazione alla competenza comunicativa*. In Porcu S. (a cura di) *Salute e Malattia. Mutamento socio-culturale e trasformazioni organizzative dei servizi alla persona*. Franco Angeli, Milano, 2008.
6. Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D. D. *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Astrolabio, Roma, 1978.
7. Ricci Bitti P.E., Cortesi S. *Comportamento non verbale e comunicazione*. Il Mulino, Bologna, 1977.
8. Argyle M. *Il corpo e il suo linguaggio. Studio sulla comunicazione non verbale*. Zanichelli, Bologna, 1993.
9. Giusti E., Ticconi G. *La comunicazione non verbale*. Scione Editore, Roma, 1998.
10. Birkenbihl V. F. *Come interpretare il linguaggio corporeo*. Franco Angeli, Milano, 2002.
11. Sclavi M. *L'arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Bruno Mondadori, Milano, 2003.
12. Geldard K., Geldard D. *Parlami, ti ascolto. Le abilità di counseling nella vita quotidiana*. Erickson, Trento, 2005.

13. Amadori D., Bellani M.L., Bruzzi P., Casali P. G., Grassi L., Morasso G., Orrù W. I. *Psiconcologia*. Masson, Milano, 2002.
14. Rogers C. *La terapia centrata sul cliente*. Edizioni la meridiana, Bari, 2007.
15. May R. *L'arte del counseling*. Roma, Astrolabio-Ubaldini, 1991.
16. De Marchi L., Lo Jacono A., Parsi M. R. *Psicoterapia umanistica. L'anima del corpo: sviluppi europei*. Franco Angeli, Milano, 2006.
17. Gordon T. *Genitori efficaci. Educare figli responsabili*. Edizioni la meridiana, Bari, 1994.
18. Gordon T. *Insegnanti efficaci. Il metodo Gordon; pratiche educative per insegnanti genitori e studenti*. Giunti Editore, Firenze, 1991.
19. Carkhuff R. R. *L'arte di aiutare. Guida per insegnanti, genitori, volontari ed operatori socio-sanitari*. Trento, Erickson, 1989.
20. Bisogni M. M. *L'approccio centrato sulla persona. Attualità del metodo rogersiano nell'educazione e nel counseling*. Franco Angeli, Milano, 1983.
21. Mucchielli R. *Apprendere il counseling. Manuale pratico di autoformazione al colloquio di aiuto*. Trento, Erickson, 2006.
22. Giusti E., Masiello L. *Il Counselling Sanitario. Manuale introduttivo per gli operatori della salute*. Carocci, Roma, 2003.
23. D.d.l. 3270/2012 *Disposizioni in materia di professioni non organizzate* <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/01/26/13G00021/sg> (ultimo accesso 02/01/2016).
24. Coordinamento Nazionale Counsellor Professionisti (CNCP) <http://www.counsellingcnpc.org/> (ultimo accesso 02/01/2016).
25. Rantucci M. J. *Pharmacists talking with patients. A guide to Patient Counseling*. Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2007.
26. Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III qualità delle Attività e dei Servizi. *Linee di indirizzo sugli strumenti per concorrere a ridurre gli er-*

- rori in terapia farmacologica nell'ambito dei servizi assistenziali erogati dalle Farmacie di comunità* (2014) http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2189 (ultimo accesso 02/01/2016).
27. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca con il Ministero della Salute. Decreto interministeriale n. 68 del 4 febbraio 2015 http://attiministeriali.miur.it/media/248805/dm_68.pdf (ultimo accesso 02/01/2016).
 28. Legge n. 405 del 16 novembre 2001 (GU serie generale n. 268 del 17 novembre 2001) <http://www.camera.it/parlam/leggi/01405l.htm#decreto> (ultimo accesso 02/01/2016).
 29. Rudd P. *Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance*. Am Heart J 1995; 130 (3 Pt 1): 572-9.
 30. Rand C. S, Wise R. A. *Measuring adherence to asthma medication regimens*. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149 (2 Pt 2): S69-76.
 31. Jackevicius C. A., Li P., Tu J. V. *Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction*. Circulation 2008; 117: 1028-36.
 32. Ho P. M., Spertus J. A., Masoudi F. A., Reid K. J., Peterson E. D., Magid D. J., Krumholz H. M., Rumsfeld J. S. *Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction*. Arch Intern Med 2006; 166: 1842-7.
 33. Newby L. K., LaPointe N. M. A., Chen A. Y., Kramer J.M., Hammill B. G., DeLong E. R., Muhlbaier L. H., Califf R. M. *Long-term adherence to evidence-based secondary prevention therapies in coronary artery disease*. Circulation 2006; 113: 203-12.
 34. Vrijens B., Vincze G., Kristanto P., Urquhart J., Burnier M. *Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories*. BMJ 2008; 336: 1114-7.
 35. van Dulmen S., Sluijs E., van Dijk L., de Ridder D., Heerdink R., Bensing J. *Patient adherence to medical treatment: a review of reviews*. BMC Health Serv Res 2007; 7: 55.

36. Haynes R. B., Sackett D. L., Gibson E. S., Taylor D. W., Hackett B. C., Roberts R.S., Johnson A.L. *Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension*. Lancet 1976; 1: 1265-8.
37. Blackwell B. *From compliance to alliance. A quarter century of re-search*. Neth J Med 1996; 48: 140-9.
38. Probstfield J. L. *Adherence and its management in clinical trials: implications for arthritis treatment trials*. Arthritis Care Res 1989; 2: S48-57.
39. Rollnick S., Mason P., Butler C. *Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di counseling motivazionale breve*. Erickson, Trento, 2004.
40. Perren A., Previsdomini M., Cerutti B., Soldini D., Donghi D., Marone C. *Omitted and unjustified medications in the discharge summary*. Qual Saf Health Care. 2009; 18: 205-208.
41. Weingart S. N., Cleary A., Seger A., Eng T. K., Saadeh M., Gross A., Shulman L. N. *Medication reconciliation in ambulatory oncology*. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007; 33(12): 750-757.
42. Kwan J. L., Lo L., Sampson M., Shojania K. G. *Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review*. Ann Intern Med. 2013; 158: 397-403.
43. Mueller S. K., Sponsler K. C., Kripalani S., Schnipper J. L. *Hospital-Based Medication Reconciliation Practices. A Systematic Review*. Arch Intern Med. 2012; 172(14): 1057-69.
44. Raccomandazione n. 17 - Riconciliazione della terapia farmacologica http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2354_allegato.pdf (ultimo accesso 02/01/2016).
45. Karapinar-Carkit F., Borgsteede S. D., Zoer J., Siegert C., van Tulder M., Egberts A. C., van den Bemt P. M. *The effect of the COACH program (Continuity Of Appropriate pharmacotherapy, patient Counselling and information transfer in Healthcare) on readmission rates in a multicultural population of internal medicine patients*. BMC Health Serv Res. 2010 Feb 16; 10: 39.
46. Leguelinel-Blache G., Dubois F., Bouvet S., Roux-Marson C., Arnaud

- F., Castelli C., Ray V., Kinowski J. M., Sotto A. *Improving Patient's Primary Medication Adherence: The Value of Pharmaceutical Counseling*. *Medicine (Baltimore)*. 2015 Oct; 94(41): e1805.
47. Cawthon C., Walia S., Osborn C. Y., Niesner K. J., Schnipper J. L., Kripalani S. *Improving care transitions: the patient perspective*. *J Health Commun*. 2012; 17 Suppl 3: 312-24.
48. Haynes K. T., Oberne A., Cawthon C., Kripalani S. *Pharmacists' recommendations to improve care transitions*. *Ann Pharmacother*. 2012 Sep; 46(9): 1152-9.
49. Kessels R. P. *Patients' memory for medical information*. *J R Soc Med*. May 2003; 96(5): 219-22.
50. Anderson J. L., Dodman S., Kopelman M., Fleming A. *Patient information recall in a rheumatology clinic*. *Rheumatology*. 1979; 18(1): 18-22.
51. Schillinger D., Piette J., Grumbach K., Wang F., Wilson C., Daher C., Leong-Grotz K., Castro C., Bindman A.B. *Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy*. *Arch Intern Med*. 2003; 163(1): 83-90.
52. Sawatsky A. P., Berlacher K., Granieri R. *Using an ACTIVE teaching format versus a standard lecture format for increasing resident interaction and knowledge achievement during noon conference: a prospective, controlled study*. *BMC Med Educ*. 2014 Jul 1; 14: 129.
53. Miller C. J., McNear J., Metz M. J. *A comparison of traditional and engaging lecture methods in a large, professional-level course*. *Adv Physiol Educ*. 2013 Dec; 37(4): 347-55.
54. Kripalani S., Bengtzen R., Henderson L. E., Jacobson T. A. *Clinical research in low-literacy populations: using teach-back to assess comprehension of informed consent and privacy information*. *IRB*. 2008 Mar-Apr; 30(2): 13-9.
55. Karsenty C., Landau M., Ferguson R. *Assessment of medical resident's attention to the health literacy level of newly admitted patients*. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2013 Dec 17; 3(3-4).

56. *The Teach-Back Method*. <http://www.nchealthliteracy.org/toolkit/tool5.pdf> (ultimo accesso 02/01/2016).
57. Balint M. *Medico, paziente e malattia*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2014.
58. Engel G. L. *The need for a new medical model: a challenge for bio-medicine*. *Science*. 1977 Apr 8; 196(4286): 129-36.
59. Levenstein J. H., McCracken E. C., McWhinney I. R., Stewart M. A., Brown J. B. *The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine*. *Fam Pract*. 1986 Mar; 3(1): 24-30.
60. Kaplan S. H., Greenfield S., Ware J. E. Jr. *Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease*. *Med Care*. 1989 Mar; 27 (3 Suppl): S110-27. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*. 1978Feb; 88(2): 251-8.
61. *Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative* http://www.iss.it/binary/cnmr4/cont/Linee_di_indirizzo_per_l_utilizzo_della_medicina_narrativa_in_ambito_clinico_assistenziale_per_le_malattie_rare_e_cro.pdf (ultimo accesso 02/01/2016).
62. Mattingly C. *The concept of therapeutic 'emplotment'*. *Soc Sci Med*. 1994 Mar; 38(6): 811-22.
63. Zannini L. *Medical humanities e Medicina Narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Raffaello Cortina, Milano, 2008.
64. Spinsanti S. *Una prospettiva storica*. In Bucci R. (a cura di). *Manuale di Medical Humanities*. Zadig, Roma, 2006.
65. Charon R., Banks J. T., Connelly J. E., Hawkins A. H., Hunter K. M., Jones A. H., Montello M., Poirer S. *Literature and medicine: contributions to clinical practice*. *Ann Intern Med* 1995; 122: 599-606.
66. Shapiro J., Coulehan J., Wear D., Montello M. *Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications*. *Acad Med* 2009; 84: 192-8.

67. Gordon J. *Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often, to comfort always*. *Med J Aust* 2005; 182: 5-8.
68. Galimberti U. *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*. Feltrinelli, Milano, 2000.

finito di stampare nel mese di dicembre 2016
dalle Edizioni Il Campano

con il contributo non condizionato di



SIFO

Via Carlo Farini, 81 - 20159 MILANO
Tel. 02 6071934 - Fax 02 69002476
www.sifoweb.it - segreteria@sifoweb.it