

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

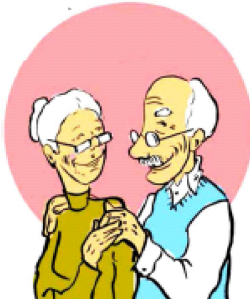


Care of
Health
Advertising
New
Goals for
Elderly people



La Prosocialità nella promozione del benessere dell'anziano

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP



**Robert Roche,
Pilar Escotorin,
María Paula Juárez,
Mayka Cirera Amores**
Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada
Universidad Autónoma de Barcelona



Indice Generale

UNITA' 3 *Robert Roche, Pilar Escotorin, María Paula Juárez, Mayka Cirera Amores*

La Prosocialità nella promozione del benessere nell'anziano

- 3.1 Prosocialità: un modo sicuro di stabilire una relazione di fiducia con il paziente
- 3.2 Come applicare la prosocialità?
- 3.3 L'impatto del nostro stile relazionale nel nostro contesto naturale
- 3.4 Gli aspetti pedagogici della relazione d'aiuto
- 3.5 Incontri di prosocializzazione della salute utilizzando la comunicazione prosociale.
- 3.6 Empatia e la comunicazione pro sociale
- 3.7 Il modello di comunicazione prosociale
- 3.8 Test Pratico di auto-diagnosi: come posso valutare il mio stile comunicativo con il paziente? Il modello della comunicazione pro sociale adattato al ruolo del Medico
- 3.9 Istruzioni metodologiche
- 3.10 Bibliografia

3.1 Prosocialità: un modo sicuro di stabilire una relazione di fiducia con il paziente

Nonostante lo studio del comportamento prosociale trovi origine in quel ramo della psicologia che si è occupata di studiare tutti i comportamenti dell'individuo orientati al bene altrui, la medicina ha trovato interessante occuparsene perchè ne ha riconosciuto le grandi potenzialità nell'aumentare sia

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

la qualità della prestazione medica al paziente, sia la possibilità di preservare la salute dello stesso medico.

Spesso le professioni sanitarie, così come le altre professioni dell'ambito sociale, vengono correlate al concetto di altruismo. Infatti, durante la formazione medica, l'altruismo è uno dei punti centrali del dovere etico. Il principio sostenuto è che il medico, con la sua professione, si prende carico di una serie considerevole di doveri e devolve tutte le sue complete energie ed attenzioni al paziente. Mentre il concetto di altruismo, posto in questi termini, può sembrare eroico, non sempre i dottori riescono ad applicarlo nella pratica. Inoltre, l'altruismo non è un comportamento osservabile e diventa difficile richiederlo o aspettarselo dai praticanti quando iniziano gli studi medici. Bishop, J. e Rees, C. (2007) propongono di sostituire, durante il percorso di formazione dei medici, il concetto d'altruismo con quello di comportamento prosociale che risulta più bilanciato, applicabile, osservabile e misurabile. Il concetto di comportamento prosociale permette inoltre al medico di trovare un equilibrio tra la cura di se stesso e quella dei loro pazienti

Il comportamento prosociale può essere definito secondo quanto segue:

“quel comportamento che, senza una richiesta estrinseca o una compensazione materiale, favorisce altre persone o gruppi in base a delle regole da loro stabilite, o favorisce obiettivi sociali oggettivamente positivi, incrementando la possibilità di generare una positiva reciprocità caratterizzata dalla qualità e dalla solidarietà delle relazioni interpersonali o sociali, mentre salvaguarda l'identità, la creatività e l'iniziativa sviluppate dagli individui e dai gruppi ” (Roche, 1995, p.16).

Da questa definizione è possibile comprendere come il comportamento prosociale possa far parte di quelle azioni effettivamente benefiche per il paziente, nel modo in cui egli desidera. Tale azione fortifica l'identità, la creatività, l'autonomia e l'iniziativa sia del medico, sia del paziente. Un'azione non può essere considerata prosociale se, per esempio, nonostante le buone intenzioni di chi la intraprende, il risultato per chi la riceve si concretizza in un disservizio, una relazione dipendente a lungo termine o un atto che può essere interpretato (dal ricevente) come una svalutazione

Per Roche, un ampio range dei comportamenti che compongono l'interazione umana possono essere considerati comportamenti prosociali, al di là che questi richiedano un aiuto fisico. L'autore identifica diverse categorie di azioni prosociali (Roche, 1995) tra cui: aiuto fisico, servizi fisici, aiuto verbale, consolazione verbale, azioni come il dare ed il condividere, assicurazioni e valutazioni positive riguardo al ricevente, ascolto profondo, empatia, solidarietà, presenza positiva, utilità. Ogni categoria è operazionalmente definita. (Roche, 2009).

Per un approfondimento relative alle definizioni di queste 10 categorie si rimanda alla bibliografia o al sito spagnolo www.prosocialidad.org.

3.2 Come applicare la Prosocialità?

Tutti noi mettiamo in atto o riceviamo delle azioni prosociali. Ci sono comportamenti quotidiani che si verificano molto spesso in alcune pratiche professionali. Ad ogni modo, essi hanno una matrice di natura spontanea, mentre la loro qualità e frequenza può essere ottimizzata e perfezionata. L'unico modo di raggiungere tale obiettivo è imparare a comunicare in maniera prosociale. Comunicando in modo prosociale, i medici, non soltanto riducono al minimo i fraintendimenti durante la trasmissione delle informazioni ai pazienti, ma possono anche individuare lo stile comunicativo che essi usano nella loro vita private e nelle relazioni.

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

3.3 L'impatto del nostro stile relazionale nel nostro contesto naturale

Senza dubbio, la comunicazione umana plasma la nostra personalità in modo significativo: può essere, e a volte lo è, allo stesso tempo terapeutica o distruttiva.. Al di là del significato stretto del contenuto, a livello meta-comunicativo, la comunicazione è il veicolo dei desideri, delle aspirazioni, dei bisogni e della conferma degli altri. Ogni parola detta dà significato a quella successiva. Ogni dichiarazione ne suscita un'altra... e forse altro ancora: ogni pensiero ne ispira un altro.

Noi crediamo che la comunicazione sia una variabile al servizio degli altri: come costruttore di autostima (allo stesso modo anche l'autostima costruisce e determina la comunicazione), come veicolo d'espressione dell'affetto quando c'è coerenza tra l'espressione verbale e quella non verbale, come significativo mezzo per gestire le nostre **relazioni matrimoniali, familiari, amicali e professionali; ed in fine, come modo di costruire le regole di questi sistemi.**

Indubbiamente, lo stile comunicativo della persona impatta con tutti gli ambienti con cui viene a contatto. I mediatori sociali e sanitari ravvisano che comunicare in "maniera prosociale", oltre che effettiva, **può impattare e modificare anche l'ambiente che ognuno condivide con la famiglia, il partner, gli amici, i pazienti ed i colleghi.** Infatti, ottimizzando il comportamento pro sociale dei dottori, del personale infermieristico, degli psicologi, degli assistenti sociali, ecc... si fa una differenza sostanziale, che non riguarda esclusivamente il senso.

Supponendo di applicare questi principi alla lezione data da un medico o un infermiere rispetto alle salutari abitudini delle persone anziane. Una buona lezione non sarà condotta da chi "parla meglio", "con un linguaggio più elegante" o "più fluido", ma da chi saprà utilizzare meglio le proprie competenze comunicative e sociali per suscitare l'interesse dell'ascoltatore per quell'argomento. Il successo di una conversazione non sono dati dalla qualità delle parole e dal rispetto dei tempi di consegna, ma dall'effetto che questa ha sull'ascoltatore.

Se l'oratore è concentrato eccessivamente su aspetti quali se stesso, evitare errori, desiderio (legittimo) di fare bene, convincere il pubblico del suo messaggio, persuadere ad un cambiamento il pubblico, dimostrarsi esperto della material trattata, anche se competente in maniera e capace di un linguaggio più che corretto, egli non riuscirà ad arrivare all'ascoltatore.

Inoltre, se un discorso o una presentazione orale viene progettata e presentata tenendo conto delle caratteristiche del pubblico e delle circostanze, allora i concetti arriveranno più facilmente, saranno più comprensibili, apriranno nuovi punti di vista e riusciranno a trasmettere nuovi contenuti.

Per ottenere quest'effetto, l'oratore non dovrà limitarsi a "parlare", ma dovrà osservare il proprio contesto, ascoltare il pubblico, dimostrarsi interessato ai suoi problemi, proporre strumenti utili al riguardo, utilizzare le strategie adeguate per tipologie di pubblico diverse, gestire il tempo in modo che sia costruttivo per chi ascolta, chiedere di fare domande e richiedere feed-back.

Se, parlando ad un grande numero di persone, l'oratore dovrebbe strutturare il discorso in base alla prospettiva di quelle persone. Se si tratta di un discorso, e non di un dialogo, l'oratore dovrebbe imparare ad **ascoltare attivamente**, il che significa porre attenzione ai commenti o alle questioni poste dal pubblico e rispondere alle domande solo quando ne ha compreso a pieno il significato. Ascoltare attivamente trasmette accoglienza, rispetto, e stima verso chi ascolta come interlocutore con il diritto di parlare, che egli sia un bambino, un adulto, un lavoratore o un intellettuale. Ascoltare attivamente implica la capacità di conoscere le proprie idee pre-concette, le esperienze, la cultura o i propri pregiudizi per accogliere il pubblico apertamente, nelle sue incertezze e nei suoi punti di vista, anche se differenti da quelli dell'oratore.

I buoni oratori sono attenti al contesto in cui stanno parlando, hanno rispetto per ogni domanda e quando rispondono, non ignorano o svalutano la domanda e la persona che l'ha posta. Gli ascoltatori che si sentono riconosciuti, rispettati ed accolti da chi parla potranno schiudere le loro

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

menti non soltanto all'argomento discusso ma anche all'oratore (anche se non sono d'accordo con le sue idee).

Naturalmente, l'analisi precedente relativa alle presentazioni e agli interventi orali può essere applicata anche alle varie interazioni tra il medico ed il paziente. (p.e. la spiegazione di un trattamento, il suggerimento di un cambiamento di dieta, il raccomandare esercizio fisico) e tra colleghi (presentare un progetto ad un equipe di lavoro, esporre un complicato punto di vista ad un superiore).

Il Modello della Comunicazione Prosociale per le relazioni interpersonali può essere applicato anche alla comunicazione scritta, come nel caso delle e-mail, e può essere usata per comunicare brutte notizie o critiche.

Tornando alla nostra definizione di prosocialità, è possibile affermare che **la comunicazione genera reciprocità positive nelle relazioni sociali ed interpersonali, accresce l'identità, la creatività, e l'iniziativa degli individui o dei gruppi coinvolti nell'interazione.** Infatti, il punto non è "informare" (inviare un messaggio) ma raggiungere una comprensione (sui punti di accordo e su quelli di disaccordo).

Stabilire una comunicazione positiva e di qualità, richiede capacità di ascolto e di osservazione del contesto in cui essa avviene. Ogni comunicazione è un atto complesso quanto unico.

Cosa viene detto (il contenuto, o "messaggio") e **come viene detto** (p.e., le tecniche di comunicazione, i metodi verbali e non verbali, la lunghezza del messaggio, il tono di voce, lo stato d'animo, ecc..) **dipendono da chi parla** (il primario, l'infermiera, il farmacista, il paziente, il familiare, qualcuno credibile, qualcuno a cui l'ascoltatore non crede, qualcuno che detiene il potere, ecc...) **a chi si parla** (amici, conoscenti, colleghi, parenti, pazienti, media, sindacati, studenti della scuola superiore, lavoratori, specialisti, ecc..), **dove lo scambio comunicativo ha luogo** (in quale continente, nazione, città, organizzazione, sala conferenze, teatro, strada, clinica, sala del pronto-soccorso, sala d'aspetto, corridoio, ecc..) e **quando o in che situazione ha luogo** (in quale stagione, anno, a che ora, con una temperatura alta o bassa, prima/dopo un evento importante, dopo un problema degno di nota, in quali condizioni di salute, in quali condizioni di vita, ecc...)

Per questo è impossibile stabilire una ricetta che permetta di assicurare "come comunicare efficacemente" con il paziente. Non esistono ricette perché la moltitudine di fattori coinvolti, come la cultura, l'identità, il tipo di relazione tra i partecipanti possono determinare il fallimento o il successo della comunicazione..

La comunicazione pro sociale ha l'obiettivo di stabilire relazioni autentiche con le altre persone e ciò non avviene automaticamente. Questo comporta lo sforzo di far incontrare l' "io" con il "tu", di sviluppare una comprensione reciproca che faccia da fondamento alla possibilità di prendere le migliori decisioni in particolari situazioni.

Avviare una comunicazione di qualità potrebbe indubbiamente comportare un costo per la persona che l'avvia, perché il ricevitore non avrà sempre una disposizione ideale. Nonostante il costo, però, è stato dimostrato che la comunicazione di qualità ha molteplici effetti positivi.. Proprio come la violenza, sfortunatamente, opera sulle leggi mantenendole sempre in vigore— perpetrare, reciprocità, imitazione e violenza genera violenza (Lederach, 2000, p.88)— anche la prosocialità può contare su perpetrare, reciprocità, imitazione e generare conseguentemente pro socialità, specialmente nelle persone che ne traggono dei benefici.

Come previsto dalla LIPA, anche noi raccomandiamo di non usare immediatamente il nostro modello di comunicazione all'ambito professionale. Fare questo potrebbe risultare scoraggiante, perché l'ambiente professionale è complesso e prevede una grande quantità di variabili. Il nostro metodo può cominciare ad essere applicato per cercare di ottimizzare lo stile comunicativo in

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

alcune aree dell'ambito familiare, come la relazione con il partner, gli amici, la famiglia. Poi, quando ne avremo sperimentato i benefici, potremmo, se lo desideriamo, fare il "salto" qualitative nella vita professionale. Dobbiamo anche ricordare che questo non significa non poter applicare gli strumenti di autovalutazione, incluso il nostro kit, direttamente nel campo della salute. Crediamo che il kit possa rinforzare la formazione ed aiutare a costruire particolari capacità nel campo della comunicazione per i mediatori sociali e sanitari.

3.4 Gli aspetti pedagogici ed educazionali delle relazioni d'aiuto

Sebbene vi siano sostanziali differenze tra il lavoro di mediatore sociale e sanitario e quello dell'insegnante, vi sono anche delle componenti abbastanza simili. Il nostro obiettivo è quello di proporre degli elementi certi che caratterizzano la comunicazione prosociale quando essa avviene in una relazione di netta asimmetria tra le due parti. La stessa asimmetria che è possibile osservare nella relazione tra il medico e il suo paziente è, infatti, molto simile a quella che si verifica tra l'insegnante e l'allievo. Una visita dal dottore coinvolge innanzitutto, il dottore ed il paziente e le caratteristiche di questo incontro sono uniche perché dipendono dal comportamento e dagli atteggiamenti delle due parti coinvolte. Per il fatto che la cura della salute è una pratica pedagogica, è possibile affermare che la relazione medico-paziente è pedagogica fin dall'inizio.

L'incontro tra il medico ed il paziente implica un processo di educazione alla prevenzione in cui ogni comunicazione si basa principalmente su strumenti educazionali. Entrambi gli interlocutori (medico-paziente) hanno un ruolo attivo nella comunicazione, sono focalizzati sui medesimi obiettivi, che riguardano scambiare ed ottenere informazioni di tipo clinico (p.e. l'esplorazione medica dei sintomi, l'esposizione del paziente rispetto ai sintomi fisici o psichici, l'esposizione di manovre preventive, come eseguire il trattamento, ecc...)

3.5 Incontri di prosocializzazione della salute utilizzando la comunicazione prosociale.

Nel contesto di un incontro educazionale, che esso avvenga in ambito scolastico o sanitario, la comunicazione prosociale permette di fondare relazioni basate sull'apprezzamento reciproco e sul benessere di tutti i partecipanti coinvolti. Durante gli incontri di questo tipo, la comunicazione dovrebbe essere guidata dalle tecniche di prosocializzazione, ovvero "dall'atto di declinare nella pratica gli atti prosociali che hanno l'obiettivo di aiutare l'altro, soddisfarne i bisogni e gli interessi, promuovere le comunicazioni e le interazioni autentiche, proteggere la dignità di ogni persona coinvolta nel gruppo" (Juarez, 2008a, p.15).

A nostro giudizio, i fattori del Modello della Comunicazione Prosociale (PC) forniscono elementi importanti per l'analisi della relazione medica sotto il punto di vista della comunicazione orale o scritta e del dialogo (quando si tratta ad esempio di dare prescrizioni). Tutto questo sempre tenendo presente un contesto che prevede la partecipazione di due persone che hanno pari dignità ma diverse posizioni di potere, informazioni, conoscenze, esperienze e competenze. Praticare il Modello della PC, richiede la pratica della stima reciproca orientate al benessere, all'identità, all'indipendenza, alla creatività attraverso un dialogo appropriato che coinvolge tutti i partecipanti.

Pensiamo sia utile a questo punto, fare una breve digressione rispetto ai concetti di orizzontalità e simmetria nell'incontro prosociale tra medico e paziente.

Riflettendo sul concetto di orizzontalità, Roche (Juárez, 2008b) suggerisce, all'interno di una relazione in cui le posizioni di potere sono diverse, che sia la persona che detiene il maggior potere

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

ad introdurre per prima comportamenti prosociali. Se invece, le posizioni di potere sono alla pari, ognuno può prendere l'iniziativa prosociale.

Nelle relazioni in cui il potere è asimmetrico, le persone che detengono il potere sono anche portatrici di grandi responsabilità, per questo devono “essere le prime a mettere in atto la prosocialità, a cedere potere e risorse, a condividere...” (Juárez, 2008b).

L'autore ritiene che siano le persone di maggior potere, quelle che hanno la possibilità di incrementare la prosocialità nel regno personale, umano ed umanistico. Questa persona dovrebbe basarsi sugli elementi positivi già esistenti anche se scarsi, valutarli, identificarli come risorse, ed esprimere nuovi elementi in modo da determinare la crescita di una comunicazione di qualità, arricchita da uno scambio prosociale e positivo.

Proviamo ora ad applicare questo concetto alla relazione pedagogica tra medico e paziente: il clinico, che detiene il potere, può modificarlo o ridurlo, promuovendone un'attenuazione ed una orizzontalizzazione della relazione; senza ledere la sua autorità, il clinico fornisce la propria esperienza

Concludendo, presentiamo un contributo preliminare di una nostra ricerca ancora in svolgimento (Juarez, 2009): abbiamo creato una lista di azioni comunicative osservabili, misurabili e quantificabili che, in un campione di pazienti argentini, sono indicatori di difficoltà ad instaurare una relazione prosociale ed una comunicazione soddisfacente con il proprio medico curante. Come è possibile notare, ci sono interessanti parallelismi con alcuni indicatori che ritroviamo anche nella relazione tra insegnante ed allievo.

Medici che affermano la dignità del paziente	I pazienti sentono che la loro dignità è affermata? Ci possono essere molte risposte a questa domanda in quanto le persone sono varie ed ognuna ha una storia unica e le proprie esigenze. Tuttavia, è possibile riscontrare degli elementi comuni. I pazienti avvertono di essere presi in considerazione insieme alle proprie esigenze, o ascoltati, se il loro medico mostra interesse per loro in uno dei seguenti modi: il medico identifica il paziente come il suo paziente, lo chiama per nome, ricorda la sua storia clinica e l'attuale quadro clinico, il paziente percepisce serietà nella diagnosi del medico, il medico prescrive analisi cliniche per capire più a fondo il problema nel caso il paziente abbia dubbi, ed il medico prescrive una appropriata terapia. Generalmente, quindi tutto ciò che riguarda la salute o l'integrità del paziente, che vada oltre gli obblighi professionali del medico.
Pazienti che chiedono	Un indicatore di comportamento prosociale di comunicazione può essere quando il paziente si sente a proprio agio a tal punto da poter esprimere i propri dubbi. I pazienti che non fanno domande potrebbero mandare segnali contrastanti: forse capiscono tutto oppure non capiscono nulla ed hanno paura o vergogna di chiedere chiarimenti.
Pazienti che parafrasano	Il paziente ha imparato qualcosa di nuovo ed è in grado di ripeterlo a parole proprie. Se il paziente può parafrasare oppure citare spiegazioni o raccomandazioni del medico, o ancora, sa parlare dei comportamenti appresi dal medico, vuol dire che il rapporto medico paziente è stato

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

	soddisfacente e che il medico è riuscito a comunicare il suo messaggio nel modo giusto.
Pazienti grati	Indicatori di una comunicazione prosociale potrebbero essere la gratitudine da parte del paziente verso il medico, oppure la scelta di quel particolare medico per problemi di salute o ancora raccomandando quel medico ad altri.

3.6 Empatia e la comunicazione prosociale

Gli indicatori di uno stile prosociale di comunicazione nel rapporto medico-paziente possono essere applicati al rapporto professionale di qualsiasi mediatore della salute che lavora con gli anziani, sia che si tratti di un medico, infermiere, assistente sociale, farmacista, terapeuta, ecc. Per poter costruire un rapporto di fiducia, quei professionisti che lavorano nella dinamica di aiutare gli altri devono avere una grande capacità di empatia, che va di pari passo con il comportamento pro sociale. (Stiff, J., Price Dillard, J., Somera, L., Kim, H., & Sleight, 1988)

Ma quali competenze deve avere un professionista nell'ambito della salute per poter agire bene, rafforzare la propria carriera e crescere con il tempo?

Questa domanda è stata fonte di motivazione per Spencer & Spencer (1993) quando si è reso conto che la conoscenza della formazione dei professionisti non sempre corrisponde agli strumenti necessari a risolvere conflitti di vita reale.

Egli ha creato un metodo che è applicato dal 1991 in 24 paesi, in più di 100 studi (interviste ai campioni dei professionisti) per identificare le competenze necessarie ad un lavoro di successo, ed ha fornito un metodo in un testo che si chiama "Competenze al lavoro. Modelli per una performance superiore" le competenze dell'empatia e l'abilità di stabilire credibilità, fiducia ed essere giudicati positivamente dai pazienti, sono cruciali.

Nel caso dell'empatia (l'abilità a comprendere il punto di vista del paziente) è stata creata una scala da un minimo di 1 ad un massimo di 5 per indicare il livello di empatia che un medico o infermiere esprime verso il paziente. Secondo questo studio, l'efficacia del servizio e l'impatto generale del medico sono limitati dalla profondità ed accuratezza della comprensione interpersonale del medico.

In questa sezione non analizzeremo lo studio di Spencer, nonostante se ne riconosca la validità come complemento agli indicatori proposti da Juarez, per presentare lo schema sviluppato da Spencer & Spencer con i possibili gradi per comprendere un paziente. La lista si basa su interviste condotte con un campione di medici e mediatori sanitari e sociali. Il livello massimo di comprensione è 5 e quello più basso 1, quello meno auspicabile in termini di successo del servizio.

Scala comprensione interpersonale (Spencer & Spencer, 1993, p.39)

COMPRENSIONE PROFONDA DEGLI ALTRI

-1 *Mancanza di comprensione.* Fraintende o è sorpreso dai sentimenti o azioni altrui; vede gli altri principalmente in termini di stereotipi razziali, culturali e di genere.

0 *Nulla.* Non mostra nessuna esplicita consapevolezza degli altri, ma neanche fraintende. Questo livello solitamente si combina con la persuasione diretta.

1 *Comprende il contenuto o le emozioni.* Comprende le emozioni attuali oppure il contenuto esplicito, ma non insieme.

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

2 *Comprende sia i contenuti che le emozioni* Comprende sia le emozioni attuali che i contenuti espliciti.

3 *Comprende il significato.* Comprende I pensieri o le preoccupazioni ed emozioni; spinge gli altri ad agire in modo volontario.

4 *Comprende tematiche nascoste.* Comprende problemi nascosti: il motivo di alcuni sentimenti, comportamenti o preoccupazioni; oppure presenta un punto di vista equilibrato dei punti di forza o delle debolezze di qualcuno.

5 *Comprende tematiche nascoste e complesse.* Comprende cause complesse di problemi o comportamenti.

3.7 Il modello di comunicazione prosociale

Nel kit per i mediatori, nonché nel manuale, parleremo di un test di auto valutazione. In modo da poter comprendere meglio il test, presentiamo qui di seguito i 17 fattori del modello di comunicazione pro sociale, spiegati individualmente. E' allegato al kit con lo scopo di renderlo più facile da capire, risolvere qualsiasi ambiguità e rispondere a domande che potrebbero essere fatte quando i mediatori o operatori sanitari eseguono il test.

E' importante ricordare che questo test auto-diagnostico dovrebbe rimanere anonimo. Alle persone non dovrebbe mai essere chiesto di condividere le proprie debolezze con gli altri e tanto meno scrivere il loro nome sul test. E' importante rispettare l'anonimità e promuovere la comunicazione in cui le persone condividono ciò che sentono veramente, le loro debolezze e i loro punti di forza con qualcuno con cui si sentono a loro agio. Questi scambi avvengono con molta probabilità in una conversazione a due, in cui è possibile scambiare ed esprimere informazioni personali. Ciò potrebbe avvenire in un luogo gradevole quale un giardino. Un secondo test può essere eseguito con un altro partner, in modo da lasciare a tutti la possibilità di esprimere e ricevere un feedback sul proprio stile comunicativo almeno due volte, da due diversi ascoltatori.

Ecco la sintesi del modello.**1. Sono sempre disponibile?**

La mia disponibilità come ricevente significa avere un atteggiamento positivo quando la gente mi parla o si rivolge a me. Talvolta ciò richiede uno sforzo, nell'interrompere ciò che stavo facendo ed adattarmi alla persona che mi sta parlando. Per decidere se sono una persona che sa ascoltare, mi devo chiedere:

Interrompo brevemente le mie attività per rivolgermi positivamente alla persona che sta parlando con me? Sono disponibile? Dimostro la mia disponibilità ai pazienti, sia verbalmente che non verbalmente?

2. Sono un comunicatore opportuno?

E' possibile evitare molti equivoci trovando il momento giusto per parlare con l'altra persona. Forse in una situazione dopo una giornata stressante di lavoro, il riprendere qualcuno perché ha fatto una confusione, molto probabilmente innescherà una discussione accesa. Nei team di lavoro, equivoci, discussioni o tensioni tra colleghi sono comuni durante periodi di lungo lavoro. I conflitti con le famiglie dei pazienti si verificano più frequentemente quando si è stanchi, sovraffaticati o stressati.

Prima di parlare con le persone, mi assicuro che abbiano tempo? Mi assicuro che il loro stato d'animo è quello giusto per affrontare un argomento serio? Scelgo il momento ed il luogo giusto per iniziare una conversazione? Prima di dare una diagnosi, una terapia o semplicemente

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

informazioni, mi assicuro che le circostanze emotive, spaziali e temporali siano giuste sia per il paziente che per me?

3. “Svuotarsi ” prima di essere completamente ricettivo

Per permettere agli altri di trovarci al 100% ricettivi, dobbiamo attivamente svuotarci. Ciò può essere molto difficile, ma non impossibile. Svuotarsi non significa eliminare o dimenticare in modo permanente i propri problemi o opinioni; anzi, è un esercizio di breve durata che consiste nel mettere da parte le proprie interpretazioni, i propri pregiudizi o problemi in modo da non permettere che influenzino la capacità di capire ciò che un'altra persona sta dicendo.

Le persone che parlano con me sentono di avere la mia completa attenzione? Vedono che io sono completamente interessato a ciò che stanno dicendo? Sono in grado di svuotarmi in modo da dedicarmi completamente alla mia conversazione?

4. Vivo a pieno il momento attuale?

Ognuno di noi dovrebbe sapere come vivere a pieno ed intensamente il momento presente. Secondo Roche, le persone ancorate nel passato o troppo attente al futuro non vivono, ma “sono vissute”. Ad esempio, in un rapporto, il principio implica considerare l'importanza del “noi”: qui ora ogni istante. Ciò che abbiamo fatto nel passato, quello che faremo nel futuro, o quello che smettiamo di fare, non può e non deve interferire con la nostra presente interazione. Questo è un atteggiamento sano per poter costruire un rapporto autentico con chiunque, non importa se si tratta di rapporti d'amore o con i propri figli. Ad esempio, nel campo sanitario è essenziale vedere i pazienti in quanto vivono nel presente, mettendo da parte il peso mentale (talvolta enorme) di tutte le cose che devono essere fatte in un secondo momento, oppure il largo numero di pazienti che devono ancora essere visitati.

Ho pregiudizi verso l'altra persona a causa di una passata esperienza? Quando discutiamo un argomento complicato, parlo di “ieri” e di “domani” per parlare di “ora”? Mi concentro al 100% sul momento con ogni paziente senza farmi distrarre da problemi passati o futuri?

5. Mi considero una persona empatica?

E' stato scritto e letto molto sull'empatia, ma probabilmente la persona migliore che può giudicare ciò è quella con la quale sto parlando. L'empatia implica una abilità speciale a vedere le cose dalla prospettiva di altre persone, e persino sentire le loro emozioni. Molte persone si considerano fortemente empatiche, ma chiedendo al loro partner, ai loro figli o amici, si potrebbe avere qualche sorpresa.

L'empatia è un qualcosa che si può imparare, se si sviluppa l'abitudine di dare un feedback agli altri (tutto ok? C'è qualcosa che non va?) ad esempio, esercitandosi a salutare, un importante momento in un rapporto o nella nostra comunicazione non verbale (Roche, 2006). L'empatia può essere considerata tale solo se l'altro la nota. Così, si possono aggiungere due nuovi concetti di empatia: reciprocità ed unità, che implicano una risposta positiva nell'altra persona per essersi sentita capita ed accettata in modo incondizionato.

Queste tre parole – empatia, reciprocità ed unità – costituiscono un concetto unico, definendo cosa è un rapporto quando è pro socialmente soddisfacente. L'io è empatico perché si sente responsabile nella costruzione del rapporto con un'altra persona, non solo per capire la persona ma anche per valutare, ascoltare e se necessario, rendere la persona più forte (costruire la fiducia della persona, le sue idee ed interessi chiunque essa sia).

E' necessario investire molto più tempo non solo verso la comprensione di ciò che le persone dicono o pensano ma nel dimostrare interesse verso i loro interessi (anche se dovessero essere

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

diversi dai nostri). Invece di approfittare delle loro debolezze, diventiamo interessati, diamo all'altro l'opportunità di organizzare i loro pensieri, per descrivere ciò che li disturba oppure per descrivere i loro reali interessi; in questo modo possono ricostruire le loro idee fin quando non gli siano chiare anche a loro (nel caso non lo fossero già).

Sono indifferente nel vedere se coloro che mi ascoltano siano turbati? Le mie espressioni facciali comunicano interesse verso chi parla? Tendo a dare segnali verbali o non verbali per sottolineare la mia piena attenzione? Solitamente chiedo una sorta di feedback dagli altri per misurare il modo in cui percepiscono la mia empatia? Lo considero un impegno quello di capire il punto di vista degli altri? Cerco di dare sicurezza, facilitare l'organizzazione dei pensieri dell'altro quando questo è un po' confuso o nervoso? Sono in grado di mettermi nei panni dei miei pazienti? Mi sforzo di capire il loro punto di vista? Do un feedback parafrasando ciò che mi hanno detto?

6. Mi sforzo per preservare la dignità di coloro che mi ascoltano?

Quando parliamo con qualcuno, il parlare e l'ascoltare sono due comportamenti importanti, ma altrettanto importante è dimostrare che noi lo stiamo prendendo seriamente. L'altro dovrebbe avvertire il valore che io gli do, nell'apprezzare la sua presenza e nel mostrare interesse, rispetto ed attenzione. La conferma di tutto ciò può avvenire attraverso le parole, ma in linea di massima avviene attraverso le espressioni facciali, postura, gesti ed altri segnali.

Quando qualcuno mi dà una buona notizia, sorrido per comunicare l'approvazione di tale informazione? Faccio solitamente domande per incoraggiare l'altro a parlare e a farli sentire che mi interessano le loro parole? Dimostro ai miei amici, colleghi, studenti o partner che per me la loro presenza è importante? Confermo ciò chiamandoli per nome, facendo loro domande personali ed accettando le loro emozioni, siano esse negative o positive? Evito di dare per scontato, di ridurre all'ovvio o sminuire l'importanza di quanto mi viene detto?

7. Solitamente classifico la gente con cui parlo?

E' stato dimostrato che il miglior modo per promuovere una nuova abilità in una persona è quella di credere e confidare nel suo potenziale. Questo è vero persino per gli adulti. Si consiglia alle coppie, ai team di lavoro o alle persone che interagiscono su base giornaliera – relazioni che presentano un'alta probabilità di "usura" – di esercitarsi a guardare la persona con nuovi occhi ogni giorno. In altre parole, dovremmo smetterla di lamentarci; "perché non ti comporti più come quando ci siamo conosciuti? Perché non ti comporti come voglio io? Se fossi in te agirei diversamente." Invece dovremmo riconoscere gli sforzi dell'altro, anche se piccoli, o nascosti da elementi negativi. Naturalmente, è necessario tenere un equilibrio appropriato: il punto è di non inondare l'altro di elogi ogni cinque minuti, in quanto questo potrebbe essere controproducente, ed essere interpretato come ironico e minare la sua autostima.

Riconosco ed apprezzo gli sforzi dell'altro? L'altro si accorge delle mie valutazioni positive? Valuto positivamente il lavoro dei miei colleghi anche quando altre persone sono presenti? Esprimo ammirazione per colleghi più brillanti anche se non sono amici? Con i miei pazienti, valuto mai positivamente alcuni comportamenti o parole? Mi congratulo dei loro sforzi o progressi?

8. Ascolto con attenzione?

Il saper ascoltare è sicuramente l'aspetto più difficile della comunicazione. L'ascolto implica un grande sforzo, richiede la comprensione di un messaggio evitando distrazioni. Non è possibile tenere sotto controllo il corso della conversazione, ma anzi è colui che parla che gestisce il tempo e le pause. A tutti piace parlare con qualcuno che sappiamo, sa ascoltare: qualcuno che aspetta che io finisca prima di parlare e che non interrompe. Per sviluppare questa abitudine, la gente deve

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

cominciare a dedicarsi completamente all'ascolto, rimanendo completamente ricettivi fin quando colui che parla non finisce.

Quando ascolto qualcuno, creo un contatto con gli occhi? Oppure, vado per i fatti miei mentre l'altro parla? Tendo a riaffermare quanto mi è stato detto, verbalmente o attraverso i gesti? Mi sforzo, verbalmente o non verbalmente di far sapere al mio paziente che lo sto ascoltando con attenzione?

9. Qualità

Dobbiamo stare attenti non solo per le parole che usiamo, ma del modo in cui le usiamo. Un messaggio inappropriato può causare un grande problema. La qualità implica, tra le altre cose, un tono di voce ed intensità che siano appropriati per colui che ascolta. Se per l'altro io sto gridando, anche se io non me ne rendo conto, ciò è probabile che abbia un impatto sulla nostra conversazione. Per questo è importante che io controlli la mia appropriatezza (dico le cose al momento giusto?) la velocità con la quale parlo (quando parlo velocemente, mi assicuro che l'altro mi stia seguendo?) e naturalmente, le stesse caratteristiche che costituiscono la qualità dell'ascolto quali segnali non verbali, commenti appropriati alla conversazione, ecc.

Comunico ai miei pazienti in modo chiaro e considero le caratteristiche della sua personalità, cultura ed età?

10. Accettare il negativo

Accettare il negativo non significa solo essere aperti alle critiche, ma riconoscere ciò che ci disturba ed interferisce con la mia comunicazione con l'altro. Accettare il negativo significa accettare ciò che disturba e riconoscerlo; non nascondere, evitando di dare un tipo di significato personale o interno.

Secondo Roche, negativo è l'assenza del positivo. In questo modo se osserviamo una mancanza di positivo in alcuni aspetti della comunicazione, questa è la nostra opportunità di migliorare. La mancanza di comprensione, ad esempio, suggerisce la necessità di capire. Mettere tutto ciò in pratica richiede sforzo e volontà notevoli.

Sono in grado di accettare elementi negativi nell'altro in modo che questi non interferiscano con la nostra comunicazione? Accetto le negatività che l'altro vede in me senza che interferiscano nella comunicazione? Sono in grado di superare quello stato d'animo negativo causato dai miei problemi in modo da non interferire nella comunicazione? Accetto le negatività che il paziente potrebbe vedere in me nonché le negatività che io potrei vedere nel paziente?

11. Risolvere Conflitti positivamente

Il risolvere conflitti positivamente implica innanzitutto eliminare la violenza dal conflitto ed accettarlo come un qualcosa di normale che si verifica quando persone diverse occupano uno stesso spazio. Il conflitto non è violenza. Riconoscere i conflitti significa anche riuscire a controllare ogni conflitto secondo la propria natura: il modo ottimale per risolvere una differenza di opinioni che riguarda un fatto concreto (qualcosa che è successo), dove può essere sufficiente lo scambio di alcune battute verbali, è molto diverso dal modo in cui noi risolviamo le differenze che riguardano gli interessi personali, specialmente quando queste sono incompatibili (o non autentiche). Conseguentemente occorre considerare soluzioni diverse che tengano conto dei diversi periodi della vita e delle diverse situazioni in cui ci si trova, così come va considerata anche la possibilità che tutto questo non sia sufficiente a far cambiare punto di vista all'altro.

Riguardo alle differenze che coinvolte nei problemi che possono capitare nella relazione tra due persone, a prescindere dal contenuto di ciò che viene detto, il conflitto non si potrà risolvere se prima non si raggiunge un'armonia all'interno della relazione.

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

Quando mi trovo in conflitto con un paziente, un familiare, un collega o un superiore; prima discuto i diversi punti di vista o soluzioni, identifico il tipo di conflitto. A questo punto come posso costruire la migliore strategia per mantenere la comunicazione? Se tiro fuori i miei pregiudizi ed i miei stereotipi al mio avversario, come posso garantirgli rispetto e dignità? Sono in grado di affrontare un confronto a tre, con un mediatore tra me e l'avversario, se capisco che uno dei due non è in quell momento pronto a stabilire un dialogo rispettoso e libero da svalutazioni verbali e non-verbali? Posso provare a risolvere i conflitti nella relazione con il paziente in modo costruttivo ed arricchente per entrambi?

12. Prendere una decisione condivisa

Non tutte le decisioni sfociano necessariamente in un conflitto. Tuttavia le persone pur essendo più o meno d'accordo su un argomento trovano difficile prendere una decisione. In ambito decisionale, il contesto non è definito passivamente o spontaneamente ma è piuttosto costruito e disegnato e noi miriamo a costruire uno spazio appropriato e favorevole per il problema che vogliamo risolvere. Interagire in modo pro sociale favorisce la presa di decisione in un gruppo valutando ogni idea, riconoscendo le opinioni di minoranza e includendo l'intero gruppo nel processo decisionale. La sfida è costruire una partecipazione all'azione in modo orizzontale ed utilizzare in gruppo tutti i fattori del modello.

Prima di discutere un argomento complesso con un paziente, un familiare, un collega di lavoro, mi sforzo di concordare regole chiare di interazione: chi parla per primo, se è accettabile o meno interrompere, chi ottiene l'ultima parola? Cerco di organizzare lo scambio di comunicazioni a priori: stabilire quali argomenti saranno discussi e che cosa sarà lasciato fuori? Utilizzo in modo prioritario, il più presto possibile, modalità comprensibili, efficienti e appropriate per il contesto e la natura del problema, in modo da promuovere la decisione condivisa? Condivido il processo decisionale con il paziente, per quanto possibile, in modo che il paziente si senta compreso?

13. Informazione sufficiente, pertinente, rilevante, rappresentativa, frequente e non eccessiva

Una parola detta bene vale più di un discorso. Questo è vero per tutti i tipi di comunicazione. Con le persone con cui condividiamo uno spazio comune, al lavoro o in famiglia, possiamo vedere tale principio quotidianamente: dire le cose senza andare fuori contesto, parlare, ma né più né eccessivamente meno di quanto previsto per l'altro. È una competenza difficile, ma può essere appresa.

Scelgo la qualità ed il tipo d'informazioni che è più appropriato per ogni paziente considerando le sue caratteristiche personali e le circostanze?

14. Apertura alle emozioni positive e negative rivelandole in modo assertivo

Questo è uno dei più importanti aspetti della qualità della comunicazione dato che i fattori relazionali ed emotivi più che i contenuti, rendono la comunicazione più "personale", "privata" ed "esclusiva". "Apertura" alla persona in modo contestualmente appropriato porta lui o lei a capire ciò che io penso, sento o voglio. Naturalmente, dovremmo essere selettivi nel comunicare le emozioni positive e negative al fine di farlo per apportare benefici.

Cosa pensano le persone che io mi aspetti da loro? Comunico frequentemente le mie emozioni positive? Rivelo le mie lamentele in modo accurato? Sono capace di evitare rimproveri spontanei? Esprimo le mie emozioni (Preoccupazioni, dubbi, gioia) e le aspettative nei confronti dei miei pazienti?

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP**15. Controllo della comunicazione**

Noi dobbiamo controllare la comunicazione prima che la comunicazione controlli noi. Dovremmo mantenere un insieme di regole appropriate ai bisogni e all'identità di tutte le parti coinvolte così che gli obiettivi desiderati possano essere raggiunti ogni volta che sono discusse importanti questioni. Le regole nella comunicazione sono utili soprattutto per la gestione di temi complessi su cui le persone sono in disaccordo. Su una questione diversa, ognuno di noi ha un modo di cedere e capire il mondo. La stessa parola può significare cose diverse per persone diverse. Confrontare i significati è una pratica utile, specialmente per le parole comunemente fraintese. Quindi, dovremmo essere in grado di:

Chiedere quando non capiamo, chiedere se abbiamo capito bene, anticipare le brutte notizie in modo che il ricevente sia in grado di prepararsi in modo adeguato, o di fronte a una questione controversa, chiederci, che cosa ho capito? Che cosa volevi dire? Questa parola significa la stessa cosa per entrambi? Cerco di fare in modo che la mia comunicazione con il paziente sia del tutto efficiente e soddisfacente? Chiedo ai miei pazienti se hanno capito le mie domande o le mie indicazioni? Faccio in modo che i miei pazienti capiscano una parola tecnica che ho usato?

16. Rendere chiare, in maniera pro-sociali, le regole strutturali del sistema e le regole di base della conversazione

Le regole sono "come i cicli di interazione che si ripetono" (Roche, 2006, p.149). Molte volte non ci accorgiamo che esistono le regole fino a quando qualcuno interrompe l'altro. Per esempio, a casa, se un visitatore viene a mangiare e si siede sulla sedia dove la madre si siede di solito, nessuno dice nulla, ma il bambino più piccolo si arrabbia e chiede al visitatore di sedersi da qualche altra parte, per la regola familiare che è la sedia di mamma.

Roche ha identificato categorie di regole di interazione: normative (regole che controllano aspetti di comportamenti individuali per esempio non è permesso fumare all'interno degli ospedali) e di interazione (regole che controllano la comunicazione o il comportamento di due o più persone durante un'interazione per esempio nella sala d'attesa del medico non si urla ma si parla a bassa voce). Insieme a queste categorie di regole, l'autore ha distinto regole che sono esplicite (quelle di cui noi siamo consapevoli e di cui discutiamo apertamente), quelle che sono fatte esplicite (Esse erano implicite fino a che qualcuno le ha identificate nell'interazione con l'altro accettandole) e quelle che sono implicite (regole per cui c'è confusione per quanto riguarda la norma o le regole che non sono state concordate, ma piuttosto derivano da abitudini, dal caso o dalle aspettative di una o più persone nel sistema).

Facendo un passo avanti, ognuna di queste norme può essere neutra (norme che non danno la dinamica sociale), o negativa (che hanno un impatto negativo su alcuni membri del gruppo, impedendone le azioni).

Esprimere o discutere sulle nostre regole è un modo per identificare noi come un sistema o un gruppo. Dovremmo essere in grado di controllare il nostro funzionamento e di avere la possibilità di cambiare la struttura delle regole ogni qualvolta è necessario.

Tuttavia, a volte le regole di una interazione accettate, non sono esplicite, ma piuttosto vengono supposte. Rendere esplicite queste regole può essere un passo complicato, ma molto importante.

La sfida che il modello di comunicazione pro-sociale assume, non è rendere esplicite le regole, ma farlo in maniera pro-sociale. Un esempio di una regola di interazione implicita e negativo sarebbe "non porre domande al dottor X perché non ama essere interrotto". Indubbiamente, questa regola ha un impatto sul rapporto di fiducia con i pazienti, sull'atmosfera clinica, e anche sul successo di un trattamento, dal momento che un paziente che non si sente libero di esprimere dubbi, potrebbe non effettuare un trattamento corretto. Possiamo dire che questa regola minaccia il sistema e forse il dottor X non lo sa, o forse è consapevole, ma preferisce non parlarne. Sarebbe insensato accusare il

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

medico o portare la questione in una stanza piena di pazienti. Rendere esplicita la regola può essere un esercizio dannoso se non è fatto correttamente, nel posto giusto, o al momento giusto. Rendere le norme esplicite implica l'utilizzo di un processo comune di apprendimento.

Per esempio, cosa succederebbe se in un' unità ospedaliera ci fosse un capo che non ha mai delegati, non si fida, e non è mai contento di quello che la sua squadra fa? E soprattutto, cosa si dovrebbe fare quando il capo è convinto che lui o lei è orizzontale, democratico/a e inclusivo/a? Per questo capo, la regola interazione implicita è: le persone sono libere di parlare, ma decido io.

Il gruppo di lavoro può pensare che questa sia la regola senza dire nulla: in questa unità di questo ospedale, il capo decide, ed è così che funziona il sistema ... nessuno si lamenta, nessuno prende l'iniziativa, si attende il parere del capo, anche se sono accusati di non partecipare. Si tratta di una regola implicita che ognuno accetta, apparentemente senza problemi. Il problema per il sistema comincia quando uno o più membri del team che arrivano non sono a conoscenza della regola o non la accettano: vogliono dibattere, opinare e prendere decisioni. La regola tacita crea conflitto.

Spiegando la regola senza mezzi termini forse è ancor più dannoso che mantenere lo status quo. Tuttavia, il rendere le norme esplicite in maniera prosociale può evitare problemi. Per esempio, se in un ambiente adeguato, una persona che accetta il capo e lo tiene in alta considerazione, gli può chiedere: Come preferisci lavorare? Qual è il metodo più efficiente per te? Preferisci prendere sempre le decisioni da solo o ti piace decidere con gli altri? Perché, ho l'impressione che l'ultima parola è sempre la tua. Lo fai perché in tal modo lavori più velocemente? E il capo, in un ambiente tranquillo, ci penserà, rifletterà e dirà ... davvero, cosa devo fare? Oppure potrebbe dire, è vero, non mi fido di nessuno, solo di me stesso me stesso ... da ora in poi la regola sarà ufficiale, e lo farò chiaro al gruppo:

“Ragazzi, so di poter apparire autoritario, e forse lo sono, ma ho un limite, nulla può accadere in questa unità a meno che non la autorizzi io. Mi dispiace se non vi piace, ma purtroppo questo è il modo in cui lavoro, quindi spero che possiamo andare d'accordo senza creare alcun conflitto”. E il resto dirà, ragazzo, non mi piace, ma le regole sono regole, altri diranno: ok, questa è la regola, io la rispetto ma non appena ho la possibilità, passerò a una unità più democratica. Questo non elimina l'ambiente autoritario, ma aiuta a mantenere i rapporti sani”.

Cerco di spiegare apertamente e personalmente, senza sottovalutare o superiore protezione del paziente, quali sono le regole che dobbiamo seguire durante tutto il trattamento?

17. Coltivare uno specifico obiettivo empatico

Un processo comunicativo, incentrato sulla relazione e sugli altri, non può concentrarsi solo sullo scambio comunicativo passato e presente, ma deve anche farsi carico dei suoi effetti futuri. In altre parole, una volta che lo scambio di comunicazioni con la persona è terminato, dopo un paio di giorni, settimane o mesi, idealmente la comunicazione stimola l'empatia e la mantiene, coltivando un obiettivo empatico che permette di continuare la comunicazione di qualità e rendendo gli altri capaci di sentirsi "altri legittimi" (Maturana, 1995), facendo loro vedere che noi li ricordiamo, che non abbiamo dimenticato il loro problema, che stiamo lavorando sul loro caso, che li abbiamo presi sul serio, che siamo interessati a quello di cui abbiamo parlato nella precedente visita. Ciò dovrebbe avvenire attraverso un qualche tipo di scambio comunicativo intenzionale o anche uno scambio comportamentale (un'azione o un gesto), specificamente progettato per trasmettere la convalida, il riconoscimento e la stima. Per esempio, una semplice telefonata per chiedere se il problema è stato risolto potrebbe bastare. Oppure una e-mail, o una domanda interessata in merito alla questione che per l'altra persona era importante.

Mi prendo il tempo per fornire, come minimo, un feedback specifico, nel tempo, ai miei amici, familiari, colleghi, studenti, genitori, che mostra il mio interesse per le questioni che li

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

riguardano personalmente? Quando qualcuno mi ha chiesto qualcosa, faccio uno sforzo anche minimo per dare una risposta di qualità sulla possibilità, o la impossibilità di soddisfare i desideri della persona? Cerco di stimolare la creazione dell'empatia verso l'altro e di rafforzare il rapporto di fiducia che abbiamo creato, attraverso un qualche tipo di azioni pro-sociali, una volta terminato lo scambio comunicativo? Cerco di far sentire ai pazienti che li ricordo e che sono interessato a loro? Mostro interesse per le cose di cui abbiamo parlato l'ultima volta che ci siamo incontrati? Come valuto lo stile comunicativo che uso con i miei pazienti? Il modello di comunicazione prosociale adattato al ruolo del medico. Per l'auto-diagnosi è necessario lavorare con Tabella 1.

18. Identificare i nostri punti di forza e di debolezza.

Tutti hanno punti forti e punti deboli. Nessuno comunica "bene" o "male", ma ognuno ha aspetti che può rafforzare o sviluppare ulteriormente, perché carenti per una mancanza di pratica o di conoscenza. Il passo più importante nel processo di identificazione è la motivazione a cambiare e avere la capacità di auto-valutare e perseverare (perché nessun cambiamento è automatico). Inoltre, se questo processo di identificazione viene fatto insieme ad un'altra persona di cui abbiamo grande considerazione e fiducia, i risultati possono essere promettenti: i risultati del test di autodiagnosi possono essere confrontati e commentati da due persone, come ci suggerisce il seguente esercizio .

3.8 Test Pratico di auto-diagnosi: come posso valutare il mio stile comunicativo con il paziente? Il modello della comunicazione pro sociale adattato al ruolo del Medico

Il seguente esercizio ci arricchisce con gli altri, fornisce informazioni utili e forse nuove riguardo a come ci vedono gli altri e ci aiuta a capire come interagiamo con gli altri. Dopo il seguente esercizio, si può anche formare alla Comunicazione pro sociale con esercizi di role-playing o esercizi di gruppo, ricordando che ogni esercizio deve avere una corrispondente analisi di meta-comunicativo.

Per un'analisi più dettagliata, è utile effettuare questo test avendo specifici tipi di paziente in mente. In primo luogo, si può chiedere, come stimo la mia comunicazione con questo particolare paziente? Più tardi, siamo in grado di porre domande più generali: Come valuto la mia comunicazione con i miei pazienti in generale? Con i pazienti stranieri che non parlano la mia lingua? Con i pazienti anziani? Esamino ogni elemento in questo modo e mi dò un punteggio da 1-5.

Certo, questo test di auto-diagnostica non riflette i fatti, ma piuttosto le mie percezioni soggettive in un momento particolare nel rapporto con il paziente. Lo stesso test eseguito in un secondo tempo potrebbe mostrare un risultato diverso. Il contributo di questo test è di aiutarmi a visualizzare qualcosa di astratto come i punti di forza e di debolezza del mio stile comunicativo.

Questo test auto-diagnostico è la base per la progettazione di un possibile programma di ottimizzazione successiva.

Modello della qualità di comunicazione prosociale nella salute (PQC) (Escotorin, Roche, Cirera)

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

	Fattori / Attitudini e comportamenti	5.SEMP RE	4.SPESS O	3.QUAL CHE VOLTA	2. QUASI MAI	1.MAI
PRIMA	1. Disponibilità e aperture del ricevente Mi rendo disponibile, e mostro la mia disponibilità ai miei pazienti, sia verbalmente sia nonverbalmente?					
	2. Opportunità dell'iniziatore Prima di dare una diagnosi, suggerire un trattamento, o fornire un'informazione, mi assicuro che siano adatte tanto per me quanto per il paziente le circostanze emotive, spaziali e temporali?					
PROCESSO	3. Svuotarsi si sè Sono capace di vuotarmi dei miei pensieri e delle mie preoccupazioni per dare il 100 % della mia attenzione al paziente?					
	4. Vivere il presente con pienezza Prestando attenzione a un paziente, sono in grado di concentrarmi completamente sul momento presente senza distrarmi con pensieri di avvenimenti passati o futuri?					
	5. Empatia, reciprocità e unità Sono capace di mettermi nei panni dei miei pazienti? Faccio uno sforzo per sapere e capire il loro punto di vista?Fornisco un feedback di quello loro mi hanno detto?					
	6. Conferma della dignità dell'altro Affermo il valore dei miei pazienti, valorizzandoli come persona, chiamandoli per nome, facendo domande personali, e dando il benvenuto alle loro emozioni positive oppure negative? Evito di sottovalutare quello che i miei pazienti dicono o tentano di dire, facendolo passare come ovvio, o riducendo la sua importanza?					
	7. Valorizzazione positive dei comportamenti dell'altro Do una valutazione positiva a qualsiasi aspetto, commento, o comportamento dei miei pazienti, oppure mi congratulo con i loro progressi e/o i loro sforzi, almeno in qualche momento durante la nostra interazione?					
	8. Ascolto di qualità Faccio uno sforzo, sia al livello verbale che non verbale, per far capire al mio paziente che sto ascoltando attentamente?					
	9. "Emissione" di qualità Comunico l'informazione ai miei pazienti nel modo più amichevole e più chiaro, adatto per le loro caratteristiche di personalità, cultura, ed età?					
	10. Accettazione di ciò che viene percepito come "Negativo" Accetto qualsiasi aspetto negativo che i pazienti potrebbero vedere in me, così come qualcosa negativa che io potrei vedere in loro?					

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

	11. Risoluzione dei conflitti da una prospettiva positiva Provo a risolvere i conflitti in un modo che è costruttivo e arricchente sia per i pazienti sia per il mio rapporto con loro?					
	12. Presa di decisione condivisa Per decisioni che riguardano il paziente, li includo nel processo decisionario nei limiti del possibile, facendo sentire loro l'importanza del loro ruolo nel successo di questa decisione?					
CONTENUTI	13. Informazione appropriata, rilevante, non eccessiva, rappresentativa e frequente Scelgo la "quantità" e il tipo di informazione più adatta per i miei pazienti, basata sulle loro caratteristiche individuali e le loro circostanze attuali?					
	14. Apertura e rivelazione delle emozioni Esprimo ai pazienti le mie emozioni (le preoccupazioni, i dubbi, le gioie) o le mie attese riguardo ai problemi che stiamo affrontando?					
METACOMUNICAZIONE	15. Controllo e regolazione del processo comunicativo Mi occupo di controllare che la mia comunicazione con i pazienti sia completamente efficiente e adatta? Gli chiedo se hanno capito le mie domande o i miei suggerimenti? Mi assicuro che loro abbiano capito una parola tecnica che ho utilizzato?					
	16. Rendere esplicite le regole strutturali del sistema in modo prosociale Provo a spiegare apertamente ed in modo comprensibile al paziente le regole e il protocollo che deve essere seguito durante trattamento?					
DOPO L'ATTO COMUNICATIVO	17. Coltivare e portare avanti un obiettivo empatico concreto Prendo su di me l'impegno di far sentire ai pazienti che li ricordo e che sono preoccupato di loro? Mostro interesse per qualche aspetto che è stato detto o che è successo la volta precedente che ci siamo incontrati?					

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

3.9 Istruzioni Metodologiche

Obiettivo generale:

Questo è un corso sistematico, pratico, teorico di "auto-formazione" psicologica. I partecipanti possono applicare i concetti di questo corso sia nei loro rapporti interpersonali che in riferimento al rapporto con pazienti anziani.

TARGET GENERALI

- migliorare lo stile comunicativo di ogni partecipante.
- applicazione nei contesti interpersonali e sanitari
- presentazione e dimostrazione della potenzialità della Prosocialità e del modello di comunicazione QPCM per il miglioramento del clima nelle organizzazioni della salute mentale e della qualità della vita.
- facilitare la progettazione di un piano d'azione per realizzare un programma di ottimizzazione del personale

ALCUNE RACCOMANDAZIONI DI TIPO DIDATTICO

1. E' importante che lo spazio sia adatto alle metodologie che si intendono utilizzare. Ad esempio, è importante avere una classe con tavoli e sedie il più flessibile possibile. Ciò garantisce il fatto che ogni insegnante possa organizzare lo spazio di un modo creativo. Una disposizione nello spazio di tipo "circolare" aiuta ad avere relazioni orizzontali tra docenti e partecipanti e tra partecipanti. D'altra parte, questo faciliterebbe molto l'applicazione del nostro modello.

2. Se è possibile, sarebbe bello avere piacevoli spazi naturali per le pause o per gli intervalli.

SULLA METODOLOGIA DI VISUALIZZAZIONE

E' impossibile sintetizzare in poche parole come il metodo della visualizzazione venga applicato nell'approccio prosociale. Questo metodo, nato negli anni '70, è documentato ampiamente su Internet. E' possibile cercare su Google sotto la voce "Metaplan" la descrizione completa della metodologia. Ci sono alcuni manuali che possono essere utili, anche se non possono sostituire l'applicazione pratica.

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

http://www.metaplan.de/downloads/Metaplan_Basiswissen_Englisch.pdf

<http://en.wikipedia.org/wiki/Metaplan>

Noi usiamo il metodo originale, anche se con alcuni cambiamenti come la presenza di un leader prosociale che deve guidare il gruppo non solo al raggiungimento degli obiettivi finali ma anche nella costruzione di un processo comunicativo con le regole della comunicazione pro-sociale.

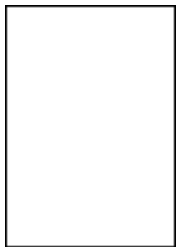
MATERIALI DI CUI ABBIAMO BISOGNO NELLA METODOLOGIA DI VISUALIZZAZIONE

1. Kit didattico per ogni partecipante
2. Radio con CD, o altoparlanti per PC
3. 1 pennarello con punta di 5-6 mm nero o blu per ogni partecipante. I pennarelli devono essere dello stesso colore in quanto l'esercizio deve rimanere anonimo. Esempio::

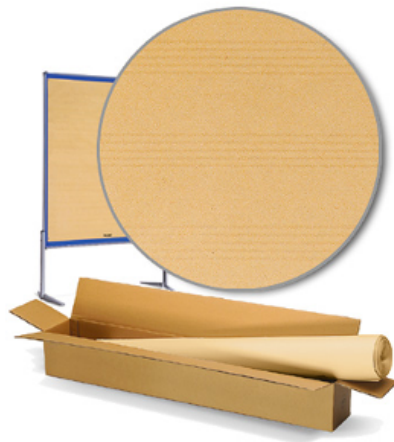


Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

4. 200 schede bianche o gialle. Possono essere acquistate oppure ricavate tagliando un foglio di carta A4, in tre parti. Ogni carta è ca 9,5 x 20,5 cm. (esempio)

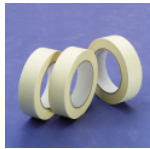


5. 50 cartoncini di un altro colore per scrivere i titoli (verde, arancione, rosa, ecc)
6. Carta da imballo per mettere i cartoncini; ogni pezzo di carta sarà aprox: 118 x 140 cm. Abbiamo bisogno di ca 5-6 pezzi.



Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

7. Nastro adesivo.



8. Adesivi. Abbiamo bisogno di ca 10 talloncini adesivi per ogni persona, Dipende da quante categorie di titoli abbiamo. Si calcola, il numero delle categorie / 2 x / 2



Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

9. Il materiale va posto in un punto facilmente accessibile ai partecipanti



Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

Tempo	Durata totale (in minuti)	insegnante	Contenuti	metodologia	materiali
E' necessario avere a disposizione una stanza con sedie e tavoli disposti in maniera circolare. Tavoli e sedie in materiali flessibili (non fissate sul pavimento) per poter organizzare lo spazio alle diverse esigenze per il lavoro. E' preferibile una stanza illuminata da luce naturale e non artificiale. E' necessario avere una radio con CD, o un PC con altoparlanti (per la musica).					
	40 min		- Cos'è la Prosocialità? (40 min) - Cos'è la comunicazione prosociale? DISCUSSIONE - domande	- Lezione frontale - PowerPoint	- Manuale (kit) - Slides (PowerPoint prosocialità e Modello di comunicazione di qualità)
	50 min		DISCUSSIONE - ESERCITAZIONE (35 min) Quali sono le difficoltà che ho nel comunicare in maniera soddisfacente con i miei pazienti anziani? 5 min (1 card) ESERCITAZIONE Spiegazione delle regole. E' un esercizio che permette di mettere in ordine e visualizzare le idee di tutti; non è un momento di dialogo o discussione sui contenuti. Categorie di ricerca – Inserire I titoli 30 min Adesivi – Secondo le mie esperienze e le circostanze attuali, quale categoria io ritengo una priorità? A seconda di quante categorie abbiamo, numero di categorie/2. Per esempio, 10 categorie = 5 adesivi. 9 categorie = solamente 4 adesivi 5 min	VISUALIZZAZIONE PROSOCIALE	- Adesivi 7 cartoncini a persona 1 cartoncino per il titolo - Cartoncini per le categorie - Pannello - Musica - Radio
	1,30 ore		Visualizzare i risultati nel pannello – DISCUSSIONE (5 ') (5') Di quale abilità sociale ha bisogno un mediatore? IL MODELLO DELLA QUALITA' DELLA COMUNICAZIONE PROSOCIALE (QPC) Introduzione – Fattori 15' <u>Prima della comunicazione</u>	PowerPoint Fotocopie questionari	QUESTIONARIO AUTOSOMMINISTRATO SULLA QPC PowerPoint+(QPC)

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

			1.Disponibilità del ricevitore 2.Opportunità come iniziatore 15' <u>Durante il processo</u> 3. Il proprio svuotamento 4. Vivere a pieno il momento presente 5. L'empatia , reciprocità ,unione 20 ' 6. L'affermazione della altrui dignità 7. Valutazione positiva degli altri 8. Qualità di ascolto 9. Qualità della comunicazione 10. L'accettazione del negativo 11. Risoluzione dei conflitti in maniera positiva 12. Condivisione delle decisioni 15' <u>Contenuti</u> 13. Informazioni appropriate, rilevanti non eccessive rappresentative e frequenti 14. Esternazione delle emozioni positive e negative 5' <u>Metacomunicazione</u> PE 15. Verifica e controllo del processo comunicativo 16. Rendere esplicite in maniera prosociale le regole strutturali 5'RR <u>Dopo l'azione comunicativa</u> Coltivare e realizzare un obiettivo concreto ed empatico		
--	--	--	--	--	--

Reference:142101-2008-LLP-IT-Grundtvig-GMP

3.10 Bibliografia

- Bishop, J., & Rees, C. (2007). Hero or has-been: is there a future for altruism in medical education?. *Advances In Health Sciences Education: Theory And Practice*, 12(3), 391-399. <http://search.ebscohost.com>
- Juárez, M.P. (2009) Comunicación de Calidad Prosocial desde la perspectiva del paciente en la comunidad barrial Hipódromo, Argentina. Tesina de doctorado en Psicología de la Comunicación, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Juárez, P. (2008a) *La acción de prosocializar en el ejercicio de la medicina*. (Unpublished Work).
- Juárez, P. (2008b) *Transcripción conferencia Roche, R.; Caprara, G. V y C. Izquierdo: Desafíos presentes y futuros para el estudio y aplicación de la prosocialidad*. Martes 9 de diciembre de 2008, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona. (Unpublished Work)
- Lederach, J.P. *El abecé de la paz y los conflictos*, Madrid: Catarata, 2000.
- Spencer, L.M & Spencer S.M. (1993) *Competence at Work. Models for superior performance*. New York: John Wiley & Sons, cop. 1993
- Robert Roche (Ed.) (2009). *Prosocialidad: Nuevos desafíos*. Buenos Aires: Ciudad Nueva. (Unpublished Work).
- Roche, R. (1995) (1ª Edición) & 3ª (2001). *Psicología y educación para la prosocialidad*. Col. Ciencia y Técnica. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Stiff, J., Price Dillard, J., Somera, L., Kim, H., & Sleight, C. (1988). Empathy communication, and prosocial behaviour. *Communication Monographs*, 55.