

# La comunicazione e il counselling

**Marina Picca**

*Con la collaborazione di Paola Cremonese , Psicologa Clinica, Responsabile ICoS - Milano*

## **Obiettivi:**

- Conoscere le basi teoriche per una comunicazione efficace
- Saper applicare le strategie comunicative nei colloqui più semplici e nelle situazioni più complesse
- Saper condurre la comunicazione telefonica
- Conoscere le basi teoriche della relazione madre bambino e le modalità per osservarla nell'ambulatorio pediatrico

*Il sogno di ogni professionista è avere un paziente che collabora, disponibile, pronto ad ascoltare e accogliere tutto ciò che viene detto. Questo sogno si può anche realizzare, ma spetta al professionista trovare il modo per migliorare la comunicazione e creare, sostenere una buona relazione. La pretesa che siano i pazienti a darsi da fare per farsi capire, per non far arrabbiare il medico oltre ad essere fuori moda è anche purtroppo irrealizzabile*

*(S. Quadrino)*

## **INTRODUZIONE**

Sempre più tra medici ed operatori della sanità si sente parlare di comunicazione, comunicazione efficace, comunicazione professionale, counselling, a testimoniare l'esigenza di migliorare la qualità della comunicazione in ambito sanitario. Ciò nasce dalla convinzione che un "buon medico" è a un medico che sa comunicare oltre che diagnosticare e curare ; i pazienti d'altra parte non vogliono solo essere assistiti bene ma anche essere ascoltati.

Nella medicina il piano della relazione medico-paziente svolge un ruolo ineliminabile e l'abilità del medico a comunicare in modo efficace rappresenta un elemento determinante della sua competenza professionale . A volte infatti gli stessi interventi medici se non sono proposti in modo adeguato possono essere non compresi, a volte contestati e perdere quindi di efficacia. Questo è ancor più vero per il pediatra di famiglia che oltre ad eseguire i controlli di crescita e le visite in caso di patologia, viene in genere consultato dalle famiglie per qualsiasi problema anche di natura non strettamente medica, ma riguardante più l'allevamento e l'educazione del bambino (compresi i dubbi dei genitori in molte situazioni della vita familiare). Inoltre il pediatra vive in un contesto molto particolare e complesso caratterizzato da una forte carica emotiva legata alla preoccupazione dei genitori per la salute del bambino, dalla presenza di più figure di accudimento e dal fatto stesso che il bambino crescendo costringe a cambiare lo stile comunicativo. E molto spesso è presente una richiesta di aiuto e cambiamento: la motivazione al cambiamento può partire dal medico che ha identificato aspetti problematici nelle abitudini o comportamenti riferiti dal paziente, o dal paziente stesso perché è preoccupato da un sintomo particolare o da una situazione che gli causa malessere.

## **COMUNICAZIONE DI QUALITÀ**

È importante che i pediatri, per il loro ruolo di assistenza globale al bambino e di sostegno alle competenze genitoriali e per tutte le peculiarità prima descritte, acquisiscano un ampliamento della propria competenza professionale, promuovendo la qualità e le abilità necessarie per una comunicazione efficace, sia in situazioni di normalità che di difficoltà. Quanto più è presente una problematica complessa che mette in gioco aspetti emotivi rilevanti (l'ansia della famiglia, l'emozione stessa del pediatra nei confronti di un bambino

che ha un problema importante...), tanto più occorrono consapevolezza ed abilità comunicative. Lo scambio comunicativo deve diventare uno strumento in cui la cronaca della patologia viene ascoltata tenendo conto del vissuto soggettivo delle emozioni, delle difese, degli affetti, dei sentimenti, dei timori.

Una delle parole ricorrenti quando si parla di comunicazione efficace è la **comunicazione professionale consapevole** necessaria per modificare un comportamento che non è di benessere, per rispondere alle richieste, spesso di aiuto esplicito o non esplicito espresso dai pazienti. Gli esperti di comunicazione dicono che nella buona comunicazione non bisogna essere spontanei; questo non significa "non essere autentici", non essere se stessi ma vuol dire avere sempre la consapevolezza di quello che sta succedendo nella relazione e nella comunicazione con il paziente, per utilizzare ad esempio una modalità comunicativa piuttosto che un'altra, per non danneggiare la relazione e ottenere la massima collaborazione.

È possibile così, nel rapporto del pediatra con il paziente, trasformare la comunicazione abituale, che è fondamentalmente spontanea, buona, ma forse non abbastanza "consapevole", in una comunicazione in cui si diventi consapevoli di cosa si va dicendo e del perché si dicono determinate cose. Questo vuol dire che se la persona che si ha di fronte comunica con il suo modo di essere, di comportarsi, dei messaggi che suscitano fastidio, spontaneamente si tenderà a non ascoltarla, ma se ci si rende conto di ciò che avviene, dello stato emotivo in cui ci si trova e se si ritiene importante mantenere il rapporto con il paziente, verranno messe in atto le abilità e gli accorgimenti di una buona comunicazione per non incrinare la collaborazione e relazione di fiducia.

#### *RIASSUMENDO*

##### **Obiettivo di una buona comunicazione**

Creare e sostenere con l'aiuto di una comunicazione efficace una buona relazione e un rapporto di fiducia che consenta un'alleanza terapeutica.

Migliorare la capacità comunicativa per creare e sostenere una buona relazione, un rapporto di fiducia che consenta un'alleanza terapeutica.

##### **Counselling**

Acquisire tecniche e strumenti per migliorare la comunicazione nella convinzione che questo possa aiutare ad instaurare e mantenere una buona relazione. Tutto questo favorisce la collaborazione, il flusso di informazioni, la compliance ed aiuta il paziente nei processi decisionali.

#### **Alcuni elementi di teoria**

##### **I PROCESSI DI COMUNICAZIONE**

La comunicazione è un processo nel quale gli individui si scambiano informazioni, emozioni e sentimenti in un processo di influenzamento reciproco. In ogni interazione tra persone si verifica sempre un processo di comunicazione: le parole o il silenzio (anche il silenzio) influenzano l'interlocutore che a sua volta non può non inviare messaggi. Qualsiasi cosa faccia o dica A, influenza la persona B e in ugual modo qualunque cosa faccia B influenza il comportamento successivo di A. Quindi è impossibile non comunicare.

Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto (cosa dico) ed uno di relazione (come lo dico); le modalità comunicative sono riconducibili a due tipologie: comunicazione verbale e non verbale.

## Comunicazione verbale

Alcuni suggerimenti:

- Utilizzare un linguaggio professionale ma comprensibile
- dare istruzioni semplici, specifiche, non generiche
- enfatizzare i messaggi chiave
- dare semplici istruzioni per iscritto
- far ripetere al paziente le istruzioni più rilevanti
- far domande per verificare il livello di comprensione
- tener conto del livello culturale e sociale dell'interlocutore

## Comunicazione non verbale

È rappresentata dall'insieme di gesti, espressioni, tono della voce con cui accompagniamo il messaggio verbale e che servono a meglio interpretarlo.

Gli esperti dicono addirittura che possa rappresentare il 90% della comunicazione stessa: la **postura e i movimenti** (come si è seduti, come ci si muove...), il **tono della voce**, l'**espressione facciale**, il **contatto oculare** possono condizionare il messaggio verbale in modo determinante. Se un richiamo al silenzio ha offeso un genitore in sala d'aspetto probabilmente nella comunicazione fatta dal pediatra (aspetto non verbale) trapelava irritazione o altro.

Un'attenzione particolare allo **sguardo**: questo è un indicatore importantissimo e molto preciso di come si è in relazione con una persona. L'uomo nel corso della storia si è abituato all'idea che la parola e lo sguardo vanno sempre nella stessa direzione; la "scissione" dei due canali sensoriali di comunicazione può disturbare fortemente la relazione, quindi è bene cercare lo sguardo dell'interlocutore nelle fasi di un colloquio.

Importante: ricordiamo che lo scrivere sul computer o sulla cartella cartacea senza alzare lo sguardo toglie spazio al contatto oculare. È utile tenerne conto e, se possibile, esplicitarlo al paziente (ad esempio :scusi se non riesco a guardarla mentre scrivo, ma ascolto ciò che mi sta dicendo).

## CARATTERISTICHE GENERALI DI UN COLLOQUIO

### Fasi del colloquio

Fondamentale in ogni colloquio è l'atteggiamento di accoglienza e di empatia. Le indicazioni riportate vogliono essere una guida per strutturare al meglio un colloquio, non devono essere intese come regole rigide, ma utilizzate ed adattate alla specifica situazione.

#### **Fase 1:** accoglienza

Anche nelle condizioni peggiori (pediatra stanco, arrabbiato, tante visite nella giornata) la fase di accoglienza, per essere professionale, deve prevedere:

- Un saluto: "Buongiorno signora....."
- La contestualizzazione della visita, quando possibile, per esempio in caso di visita programmata: "Questa è la prima visita per il bambino" oppure " È una visita di controllo"...
- L'indicazione di cosa succederà per prima cosa, ad esempio la compilazione della scheda, formulazione di alcune domande, controllo dei dati, e così via. "Devo spendere un po' di tempo per compilare la scheda, ho bisogno di alcune informazioni" "Abbiamo finito con l'anamnesi, vediamo il bambino e poi chiariamo alcune cose ...."

#### **Fase 2:** raccolta di informazioni

La raccolta di informazioni parte dalle frasi di accoglienza: le domande sono funzionali al motivo della visita e a ciò che il pediatra sta per fare. A partire dalla prima serie di interrogativi, dalle risposte ottenute e dall'obiettivo della visita, verranno aggiunte via via altre domande fino ad esaurire la raccolta di informazioni che il medico si era prefissato. Ma anche nelle situazioni più banali e di routine, le domande devono rispondere a dei requisiti minimi di qualità:

- Devono essere domande mirate e chiare
- Devono seguire un filo logico e proseguire fino all'esaurimento dell'argomento affrontato (ad es. l'anamnesi)
- Devono tener conto e riuscire a condurre gli ampliamenti, e anche le uscite dal tema in esame, introdotti dal cliente.

Senza queste caratteristiche le domande vengono assimilate alle mille domande di tipo burocratico e amministrativo che tutti si sentono fare in ogni ufficio pubblico, con un conseguente calo dell'attenzione e interesse nelle risposte.

### **Fase 3: chiusura e riapertura**

Ogni volta che un tema viene esaurito, il pediatra lo segnala, eventualmente riassumendo i dati più importanti, per poi indicare l'argomento successivo (dopo l'anamnesi visita al bambino, poi parleremo dell'alimentazione e dei problemi che più la preoccupano).

Il mescolarsi di temi (il peso, la data dell'ecografia, le ricette, il latte), che non arrivano mai a una conclusione chiara creano un senso di disordine e di non ascolto.

### **Fase 4: commiato**

I momenti conclusivi di un colloquio con il pediatra sono quelli che rimangono più vivi nella mente di un genitore. Un commiato realmente efficace si basa su due elementi chiave: **sintetizzare e dare indicazioni concrete**. Questo significa che il pediatra utilizza gli ultimi minuti del colloquio per riassumere le indicazioni più importanti, quelle che non devono assolutamente essere dimenticate o comprese male, traducendole in azioni e localizzandole nel tempo (allora prosegua l'allattamento rispettando i ritmi del bambino, somministri le gocce di.... una volta al giorno per ...mesi)

## **REGOLE PER UNA COMUNICAZIONE EFFICACE**

Il primo livello dell'abilità di counselling consiste nel mantenere un comportamento professionale anche nei colloqui più semplici, facendo attenzione ad aspetti quali il ritmo, la coerenza, la chiarezza; questo non richiede un grande impegno, ma semplicemente una maggiore sensibilità alla qualità della comunicazione. Nel colloquio in apparenza tranquillo ci si può però scontrare con difficoltà impreviste: un momento di dissidio fra i due genitori o fra la mamma e la nonna, un'informazione nuova che richiede un intervento specifico da parte del pediatra, una reazione emotiva inattesa, l'emergere di un disaccordo fra famiglia e pediatra. In questi casi il pediatra deve utilizzare abilità nel counselling più sofisticate. Non basta essere efficaci e comprensibili, ma è necessario mantenere un buon controllo della comunicazione e della relazione, senza lasciarsi andare a interventi affrettati e improvvisati.

Cominciamo dalle regole elementari. Nelle situazioni più semplici il medico deve saper comunicare il proprio messaggio con semplicità, chiarezza, basandosi sulle tecniche comunicative che garantiscano una buona trasmissione e comprensione delle informazioni. In questo modo il medico, senza togliere nulla ai requisiti della propria professione, potrà formulare e comunicare meglio la diagnosi, far capire le finalità e le modalità della terapia in modo da assicurarne una corretta esecuzione, far accettare dei cambiamenti nelle abitudini e comportamenti. Elenchiamo alcune regole per una comunicazione efficace

### **Regola n.1 - Ascolto attivo e finalizzato**

È importante imparare ad ascoltare nella convinzione che quanto dice l'altro ha un senso; quasi sempre anche dietro ad affermazioni poco coerenti vi può essere una richiesta di aiuto. L'ascolto attivo del medico non vuol dire armarsi di santa pazienza e "sentire" in silenzio quanto dice il paziente, ma è invece un ascolto fatto di domande per conoscere meglio quello che l'interlocutore vuole dire, esplorare lo spazio conoscitivo e lo spazio comportamentale del paziente. **Ascolto attivo** vuol dire imparare a fare domande per capire meglio quello che viene detto, per conoscere meglio il background sociale e culturale di chi accompagna il bambino. Porre domande per approfondire aspetti relativi a convinzioni e al ruolo di altre figure che costituiscono il sistema familiare ed eventuali conflitti. L'ascolto deve essere **finalizzato**, cioè bisogna porre domande e condurre la conversazione verso l'obiettivo che ci si è proposti, evitando il rischio, sempre in agguato, di essere travolti da informazioni non pertinenti.

#### Tecniche per un ascolto attivo

##### **Domande aperte**

Per ascoltare bene bisogna saper porre domande .

Le domande devono essere ampie, non puntiformi, devono consentire **una narrazione**: "mi racconta cosa succede quando...?" "come si comporta, cosa fa quando il bambino non mangia?", "quali aspetti potrebbe considerare?", "potrebbe dirmi qualcosa di più?", "vuole raccontarmi perché è venuta?"

Le domande aperte devono consentire **di descrivere, in modo concreto il comportamento o il problema che preoccupa**. Al contrario le domande chiuse consentono di rispondere solo sì, no. È importante imparare ad usare meno parole possibili e a fare una **sola domanda alla volta, consentire una risposta ampia**, descrittiva, esplicativa, in cui chi risponde può orientarsi, decidendo da che punto partire, quali particolari selezionare, come ordinarli. Quindi porre domande aperte, una per volta e dare tempo per la risposta

##### **Riassunto**

Durante un colloquio risulta molto utile **riassumere le cose dette dall'interlocutore** cercando di usare le sue stesse parole.

Questo permette di evidenziare gli elementi significativi di una comunicazione; crea un'alleanza, nel senso che la persona si sente ascoltata, vede riprendere e rispecchiate le sue parole; il professionista mette in campo ciò che è stato detto e verifica se è stato capito in maniera congrua; *sottolinea ciò che l'altro ha detto, senza giudicarlo e senza aggiungere nulla*, utilizzando le stesse parole e segnalando tutto ciò che è stato riferito di importante.

Esempio : se ho ben capito da quello che mi racconta, quando il bambino non mangia lei prepara un'altra pietanza, cerca di dare ciò che chiede ,se rifiuta qualunque cosa comunque propone un biberon di latte.....

##### **Riformulazione**

Riformulare vuol dire riproporre ciò che il paziente ha detto, riconnettendolo, **dando un ordine alle cose dette**, mettendo insieme dei pezzi di informazione arrivati in momenti differenti, dandogli una forma, presentandolo in un modo più "circolare"; si riformula il quadro, si dà un senso agli elementi comunicati, rendendoli significativi.

Questo è assolutamente tranquillizzante per l'interlocutore che di nuovo vede narrare con ordine le cose dette, si può rispecchiare, può completare o precisare.

### **Regola n. 2 - Coinvolgere il bambino**

Bisogna coinvolgere nel colloquio il bambino, troppo spesso muto spettatore. È possibile parlare anche con un bambino molto piccolo utilizzando la comunicazione non verbale come ad esempio cercando di mantenere il contatto oculare, incontrare il suo sguardo.

Con il bambino più grande dobbiamo far sì che possa esprimersi e facilitarlo in questo. Può essere utile :

- Quando si parla del bambino o si gli si pone una domanda rivolgere lo sguardo su di lui
- Porre al bambino domande semplici aperte e far sì che i genitori non si inseriscano o interrompano “La mamma mi ha detto che hai mal di pancia. Riesci a farmi vedere dove?”
- Da quando?.....Ieri cosa hai mangiato?.....”
- Chiedere il suo parere
- Cercare di riportare ,nel riassunto,parole dette dal bambino

Parlare con il bambino sin da piccolo può aiutare a costruire una relazione di fiducia che diventerà preziosa qualora il bambino avesse bisogno di aiuto, ad esempio malattia importante, difficoltà, fasi critiche del suo sviluppo fisico e psicologico.

### **Regola n. 3 – Conoscere il sistema familiare e culturale**

Attorno al genitore ed al bambino ruotano altre figure (magari non presenti in quel momento in ambulatorio, e che il pediatra non vede e forse non vedrà mai) che formano il sistema familiare in cui il bambino è inserito. Se nella comunicazione non si tiene conto di questo "sistema familiare" si corre il rischio di non cogliere possibili "interferenze ", che possono ad es. deviare la persona con cui stiamo comunicando dai nostri consigli, prescrizioni ecc.. Il pediatra deve conoscere le caratteristiche e il ruolo di altre figure parentali ed eventuali conflitti,tener conto delle informazioni che il genitore fornisce che consentono di chiarire aspetti altrimenti incomprensibili(ad esempio la madre non può fare qualcosa perché la nonna è contraria). Diventa importante tener conto e conoscere tutti gli interlocutori evitando il rischio di ricadere in pericolose coalizioni (quante volte capita di dare per stanchezza proprio quel consiglio richiesto dalla nonna che contribuirà a sminuire maggiormente una mamma in difficoltà). Deve infine conoscere il background sociale e culturale di chi accompagna il bambino, i convincimenti radicati e le rappresentazioni fantastiche relative allo stato di salute o di malattia del bambino

### **Regola n. 4 – Conoscere la mappa concettuale dell'interlocutore**

I modi umani per concepire la salute ed il benessere sono differenti: sono diversi da popolo a popolo, da cultura a cultura, da persona a persona, anche all'interno della stessa famiglia, a volte anche nell'ambito della stessa coppia. Tutti gli elementi della realtà vengono filtrati da ciascuno secondo la propria mappa concettuale di riferimento che è diversa uno dall'altro.

Nel rapporto medico famiglia paziente abbiamo due mondi che devono comunicare:

- La Famiglia che ha convinzioni, abitudini, informazioni, ipotesi, pregiudizi, timori, sospetti, ricordi, progetti
- I Sanitari che hanno un bagaglio di conoscenze scientifiche, informazioni che vorrebbero dare alla famiglia, indicazioni e prescrizioni di comportamento che ritengono utili e necessarie.

Ma non sempre quello che il pediatra pensa e dice in base alle proprie conoscenze mediche viene recepito come tale dal genitore.

Questo perché le competenze del pediatra non sono le stesse della persona che ha davanti. Concetti, significati, contenuti, il modo di pensare di ciascuno possono essere più o meno congruenti fra i due interlocutori.Il pediatra deve essere consapevole della **mappa**

**culturale e concettuale** di riferimento del paziente, *essere disposto ad accettare che l'altro è diverso e portatore di altri significati, per semplificare, deve riuscire a vedere le cose dal punto di vista del paziente.* Deve inoltre calibrare continuamente il suo modo di rapportarsi con persone che hanno una mappa concettuale diversa una dall'altra.

#### Come conoscere la mappa concettuale?

Con una buona raccolta di informazioni il pediatra può ottenere una descrizione della situazione, può conoscere cosa fanno cosa, hanno sentito, può vedere con gli occhi della famiglia qual è la principale difficoltà. Se non si riescono ad avere informazioni su cosa realmente fanno i genitori (cosa hanno letto, cosa si sono sentiti dire da altri, anche altri sanitari) è inutile tentare di dare consigli, o meglio, lo si può fare senza poter prevedere l'utilizzo che ne faranno i genitori.

Ad esempio se un genitore non vuole fare le vaccinazioni perché spaventato dagli effetti collaterali, il primo atteggiamento del pediatra non sarà quello di elencare una serie di dati scientifici, percentuali di rischio per convincere il genitore, ma sarà quello di porre domande per capire cosa spaventa: "Signora che cosa la preoccupa? Che cosa di preciso ha sentito dire o ha letto che la spaventa? "

#### **Regola n. 5 - Valorizzare le competenze genitoriali**

Sia con i genitori di bambini con problemi che con genitori eccessivamente preoccupati della normalità incoraggiare e valorizzarne gli atteggiamenti serve molto più che criticare o giudicare. È importante incoraggiare l'osservazione attraverso domande descrittive (cosa fa quando il bambino si sveglia? Quando il bambino piange?) che abituino il genitore a cercare i particolari dei comportamenti, valorizzare tutto ciò che i genitori sono riusciti a mettere in atto ed è condivisibile dal professionista per poi aggiungere ipotesi ulteriori di cambiamento (questa soluzione che avete provato va molto bene, oltre a questo potreste anche provare questo e c'è una cosa che dovrete proprio fare anche se so che è difficile, cercate di farla ,poi vediamo a breve come va). Questo fa aumentare la consapevolezza, la competenza e la fiducia dei genitori, e garantisce inoltre che il bambino riceva cure adeguate ed equilibrate.

#### **Regola n. 6 - Accogliere la preoccupazione**

Il medico deve accogliere e consolidare un'alleanza sulla preoccupazione, entrando in una **comunicazione accogliente e di sostegno**. Le persone hanno bisogno di sapere che il medico non sottovaluta le loro difficoltà, non banalizza le informazioni, domande, dubbi che vengono posti. Questo aspetto comunicativo è certamente molto importante nelle comunicazioni difficili (diagnosi, indicazioni a modificare comportamenti, ecc) dove c'è una situazione di ansia, ma anche in situazioni che il pediatra giudica poco importanti mentre per il genitore sono fonte di preoccupazione (ad es. il bambino che non mangia "niente." O il bambino che si ammala sempre).

*Capisco che lei si sente così....* "è comprensibile che lei abbia timore.... *"capisco che lei sia preoccupata.."* vuol dire accogliere i sentimenti dell'altro, non colpevolizzare o giudicare l'altro in una situazione di difficoltà. Questo atteggiamento è di grande rassicurazione.

#### **Regola n. 7 - Proporre un poi ...**

Al termine di un colloquio è bene sempre lasciare la possibilità di un contatto e disponibilità successiva da parte del pediatra (se è in difficoltà può richiamarmi.... Ci risentiamo tra 15 giorni.....dopo che ha fatto questo possiamo fissare un nuovo appuntamento).

### **GLI OSTACOLI AD UNA BUONA COMUNICAZIONE**

Nella realtà ambulatoriale esistono interferenze (di tipo strutturale o legate allo stato emotivo) e atteggiamenti che possono ostacolare una buona comunicazione.

### **Interferenze strutturali**

Gli elementi strutturali, quali la struttura organizzativa, il tempo, lo spazio fanno parte della "realtà" professionale quotidiana, quindi non sono eliminabili, ma devono essere riconosciuti e gestiti in modo da non disturbare.

#### Struttura organizzativa

Naturalmente le caratteristiche e il modo di porsi del pediatra contribuiscono a definire l'immagine del pediatra stesso. Il contesto dell'ambulatorio, in particolare lo spazio fisico (disposizione degli ambienti, degli arredi ecc), deve comunicare accoglienza e senso di benessere. I "rumori" in un ambulatorio pediatrico durante una comunicazione: telefono, bambino che piange, altre persone in sala d'attesa e le necessità (pratiche, burocratiche, contingenti.....) possono in qualche modo interferire con la comunicazione e la relazione.

Nel momento in cui ciò che disturba la relazione viene riconosciuto, può e a volte deve essere "esplicitato" (es. rumore in sala d'aspetto: si chiede cortesemente silenzio, oppure il telefono che squilla : "mi spiace, rispondo a questa chiamata, poi stacchiamo il telefono"). In questo modo il disagio può essere ridotto anche se non annullato completamente.

#### Tempo

Il pediatra spesso si trova ad avere un tempo "stretto" per far fronte alla complessità del proprio lavoro. Sappiamo che quando il tempo cronologico non è adeguatamente correlato al tempo necessario per fare una determinata cosa, veniamo colti da una sensazione di squilibrio (fretta) che può farci perdere la lucidità emotiva. Ma **la fretta non aiuta**: se con un paziente abbiamo una situazione particolarmente complessa, che sappiamo di non poter gestire nel tempo a disposizione, ed avvertiamo un segnale di difficoltà, dobbiamo prenderci uno spazio più adeguato: ad esempio dicendo, esplicitando alla persona che abbiamo davanti di rivederci in un momento successivo, quando potremo affrontare il problema in modo più tranquillo ("quello che mi sta dicendo è molto importante, purtroppo oggi non riesco a darle abbastanza tempo per la sovrapposizione di molte visite. Vorrei vederla con un po' più di calma, possiamo vederci il...")

È necessario trovare un **equilibrio tra la tirannia del tempo e la disponibilità all'ascolto**. Va tuttavia sottolineato che **anche un tempo eccessivo può essere poco utile ed efficace**. È importante infine ricordare che bisogna sempre cercare di guidare il colloquio per non essere allontanati e distratti dall'obiettivo che ci siamo posti

### **Stato emotivo**

Ciascuno di noi ha caratteristiche di personalità e stili di comportamento che non possono essere omologati; in ciascuno possono essere presenti stati emotivi (anche preconcezioni) di cui tener conto e da saper controllare.

Ad esempio se la persona con il suo modo di fare comunica antipatia, il pediatra dovrà comunque mettere in atto strategie di ascolto, oppure di fronte alla tentazione di pensare "sarà vero quello che mi sta dicendo o mi sta ingannando..." bisogna **essere disposti a credere che quello che ci viene detto ha un senso** (magari ancora da scoprire).

### **Atteggiamenti**

Alcune azioni comunicative possono ostacolare il flusso comunicativo. È bene evitare di :  
Contrapporsi : l'atteggiamento oppositivo, muro contro muro non costruisce, ma rischia di rovinare un rapporto. In ogni comunicazione bisogna, per quanto possibile, cercare di



salvaguardare il rapporto di fiducia creato con la famiglia. Ricordiamo che esistono comunque situazioni di difficoltà oggettive di rapporto che possono portare ad una inevitabile (ma anche risolutiva) rottura.

Dare giudizi di valore. I genitori possono fare scelte che non condividiamo o addirittura ci irritano. Ma se l'obiettivo è quello di mantenere una buona relazione e favorire un cambiamento non possiamo porci con un atteggiamento inquisitorio. Ciò non vuol dire che non bisogna esprimere il proprio giudizio o dissenso a quanto viene detto o fatto, ma **con il giudizio non bisogna colpevolizzare, condannare o spaventare** ("com'è possibile che non abbia dato la terapia" esprime un giudizio colpevolizzante). La stessa domanda potrebbe trasformarsi in: "Per quali motivi non è riuscita a somministrare la terapia? Era molto importante rispettare gli orari").

Interpretare, dare una nostra spiegazione, interpretazione di un comportamento o di una richiesta espressa dall'interlocutore .

Sottovalutare, banalizzare le incertezze, difficoltà portate dai genitori: bisogna cercare comunque di dare una risposta al problema anche se lo riteniamo banale o poco rilevante dal punto di vista medico .

## LA COMUNICAZIONE DIFFICILE

Fin qui abbiamo cercato di riassumere regole per una comunicazione efficace nei colloqui più semplici in cui risulta fondamentale trasmettere messaggi comprensibili e ottenere una collaborazione di fiducia . Ma nell'ambito comunicativo possono presentarsi situazioni più difficili quali la comunicazione di una diagnosi più o meno complessa, il presentarsi nel corso di un colloquio, in apparenza tranquillo, di un momento di dissidio, di un disaccordo. In questi casi il pediatra deve utilizzare delle abilità più sofisticate per mantenere un buon controllo della comunicazione e della relazione.

Le situazioni in cui la comunicazione richiede un'attenzione e competenza maggiore possono riassumersi in due tipi :

- la gestione delle obiezioni , come dire di no senza mettere a rischio la relazione
- la comunicazione difficile di una diagnosi o di un sospetto diagnostico

### La gestione delle obiezioni. Come dire di no

Come rispondere a richieste sulle quali non si è d'accordo (ad esempio una richiesta non condivisa di esami o visite specialistiche o certificati medici ecc)? Proviamo a dare qualche suggerimento:

- Ascoltare , cercare di conoscere e capire le esigenze, le motivazioni del paziente
- Mostrare disponibilità ad ascoltare argomentazioni diverse
- Vedere le cose anche dal punto di vista dell'altro
- Riformulare l'obiezione per assicurarsi di averla ben compresa
- Sottolineare i benefici e i risvolti positivi della propria posizione medica, tenendo conto del bagaglio culturale e familiare del paziente .

### Evitare di:

- dare valutazioni negative dell'obiezione
- polemizzare
- contrapporsi
- interpretare

Riportiamo di seguito un esempio; Una situazione emblematica: **la visita domiciliare**, ovvero come dire di no e mantenere una buona relazione

Una delle situazioni più conflittuali nell'attività' del pediatra di famiglia, che non di rado porta alla rottura di rapporti anche consolidati da tempo, è la richiesta di visita domiciliare. Si tratta generalmente di una richiesta telefonica in cui il non verbale è rappresentato solo

dal tono della voce, quindi i contenuti e le modalità di porgerli devono essere particolarmente curati. Proviamo a riassumere le caratteristiche e le modalità comunicative per affrontare una situazione così delicata.

È importante ricordare innanzitutto, che le mappe concettuali dei due interlocutori sono diverse: per il pediatra la malattia è un evento normale, fa parte della quotidianità; per il genitore è un evento negativo, imprevisto ed imprevedibile che in qualche modo sconvolge il sistema familiare da un punto di vista emotivo (la preoccupazione della malattia) e organizzativo (lavoro, ricerca di baby sitter ecc.). Inoltre le conoscenze del genitore sulle malattie e la loro gestione derivano dalle convinzioni familiari (i bambini devono stare al caldo), da tradizioni (il medico deve venire a casa), da fonti pseudoscientifiche (mass media) spesso confondenti. *Il genitore è poi pieno di ansia* perché preoccupato per la malattia, per un senso di colpa (il genitore è buono se mantiene il figlio in buona salute), per la contrapposizione con altre figure autorevoli (nonni suoceri), per l'organizzazione familiare che diventa difficoltosa. In una situazione di ansia come questa, il pensiero razionale viene travolto dall'irrazionale, questo vuol dire che il genitore diventa incapace di ascoltare, teme che il pediatra non accolga le sue richieste.

Di fronte a queste caratteristiche quali strategie comunicative adottare?

**Obiettivo fondamentale è accogliere e maneggiare l'ansia.** In che modo:

- Usare un tono di voce rassicurante
- Far narrare: chiedere quindi informazioni dettagliate (quando è iniziata la febbre, far descrivere i sintomi, i tentativi terapeutici fatti ecc). Far raccontare situazioni concrete aiuta ad incanalare e ridurre lo stato d'ansia e nello stesso tempo aiuta il pediatra a condurre il colloquio con minore tensione
- Riassumere, riprendere ,durante il colloquio, le parole del genitore e aggiungere elementi del proprio sapere scientifico (mi ha detto che la febbre è iniziata ieri mattina, che ha somministrato ....., ha vomitato dopo aver bevuto il latte.....; per oggi può essere utile continuare con la stessa terapia, nella dieta eviti di assumere....ecc., può portarmelo in ambulatorio per vederlo. Mi ha detto che non voleva portarlo fuori, ma stia tranquilla che non corre nessun rischio di peggiorare la situazione, anzi in ambulatorio se necessario possiamo fare anche qualche piccola indagine per chiarire meglio la situazione). In questo modo il genitore si sente ascoltato e capito, gli vengono proposte soluzioni utili per la salute del bambino.
- Proporre un poi (mi richiami se c'è qualche problema): il genitore sente il bambino affidato.

Perché questi suggerimenti possano funzionare bene è necessario aver costruito una relazione di fiducia, aver dato regole in momenti privi di tensione, quando l'attenzione del genitore è maggiore (ad esempio educazione sanitaria nelle visite di controllo).

### **Comunicare una diagnosi**

Spesso il medico è chiamato a gestire snodi difficili della vita sanitaria del suo paziente: comunicazioni diagnostiche e/o prognostiche, prescrizione di terapie particolarmente impegnative, invii ad altri specialisti, accompagnamenti e monitoraggi di malattie croniche. In queste situazioni il medico si trova di fronte al difficile compito di mantenere la relazione di fiducia, dare informazioni veritiere, essere persuasivo circa l'esecuzione di esami, di terapie o l'adozione di stili di vita compatibili con la malattia, sostenere il paziente, gestire i familiari.

Dobbiamo ricordare che la malattia è un elemento che entra nel sistema familiare, modifica le regole, impone cambiamenti, rende necessari nuovi equilibri, insomma la malattia di un bambino ha effetti su tutta la famiglia, sposta l'attenzione sul bambino malato mette in crisi l'immagine del futuro. Tutto questo può innescare confusione, incapacità a prendere decisioni, paura di sbagliare, la ricerca dello specialista del centro

specializzato, del nome famoso. E il medico si può trovare nel difficile compito di trovare le parole giuste, decidere cosa dire, far capire senza sconvolgere .

In questi momenti a volte non è facile trovare strategie comunicative efficaci

Nelle situazioni in cui deve essere comunicata una diagnosi di malattia il pediatra deve fornire supporto, informazioni e riferimenti adeguati per affrontare la situazione, incoraggiare comportamenti improntati alla cura e alla speranza.

Schematicamente le fasi che gli esperti descrivono nella comunicazione di “brutte notizie” sono le seguenti :

1. Comunicare la nuova situazione. Dare cattive notizie genera forte ansia sia nel paziente sia nel medico. Occorre tenere presente che si esercita in quel momento anche una funzione di contenimento delle tensioni.
2. Assicurarci che la persona abbia una percezione realistica della situazione. Lo stress emotivo può interferire in modo significativo sulla comprensione della comunicazione. Quindi selezionare i messaggi più importanti da dare
3. Facilitare e incoraggiare la persona ad esprimere le emozioni e fornire supporto
4. Rispettare i silenzi e non interrompere la persona mentre esprime i suoi stati d'animo
5. Rassicurare che la persona non sarà lasciata sola. Indagare sul supporto che la persona può avere dalla famiglia, dagli amici dalla comunità
6. Mantenere viva la speranza. È fondamentale che la persona percepisca che ci sono possibilità concrete di affrontare la situazione
7. Programmare un piano di intervento-assistenza. La speranza della persona è anche legata al fatto che vengano prospettate azioni terapeutiche da mettere in atto
8. Fissare ulteriori colloqui. È importante garantire la disponibilità a nuovi colloqui, sia per discutere problematiche non toccate o rimaste aperte, sia per ulteriori informazioni .

## **UNO STRUMENTO SPECIALE DI COMUNICAZIONE: IL TELEFONO**

Il telefono rappresenta uno degli elementi portanti ed insostituibili dell'attività' del pediatra di famiglia, occupa buona parte della sua giornata lavorativa. Un pediatra ambulatoriale, che gestisce circa 800-900 bambini, che rappresenta la situazione italiana più frequente della pediatria di famiglia, riceve mediamente al giorno 25 telefonate, con punte di 60 chiamate nei periodi epidemici e invernali e minimi di 10 in periodi estivi di ferie, il che vuol dire mediamente 2-3 ore al giorno, trend che pare in aumento progressivo in questi ultimi anni .Di fatto il telefono riempie la vita del pediatra, anche se non sempre la salva, anzi...

Per il medico è uno strumento per costruire e mantenere la relazione di fiducia con il paziente e la famiglia. Inoltre come è importante curare il proprio ambulatorio, la sala attesa, per dare un'immagine positiva ed efficiente al genitore, altrettanto risulta indispensabile curare l'immagine telefonica, dimostrando disponibilità, comprensione, capacità di ascolto, decisione, rispetto delle regole. Da un punto di vista comunicativo la consultazione telefonica è un sistema di relazione dove i fattori dominanti risultano essere la voce, le espressioni, i contenuti e la forma, l'unico elemento non verbale è rappresentato dalla voce, manca il contatto oculare. Alcuni accorgimenti si rendono necessari per curare una buona relazione telefonica:

*presentarsi, usare un tono di voce pacato, mettere a proprio agio l'interlocutore, essere attenti ai contenuti, ripetere i messaggi non chiari, cogliere il problema principale della telefonata, dare risposte utili e cercare insieme una soluzione.*

Le regole che abbiamo descritto precedentemente per condurre un buon colloquio diretto possono essere utilizzate anche nella comunicazione telefonica, così pure le interferenze

(tempo, stato emotivo quali stanchezza, frustrazione per dover ripetere le stesse cose, rabbia) di un colloquio sono valide anche nella comunicazione telefonica.

### **Suggerimenti per una buona comunicazione telefonica**

concentrarsi sul contenuto della chiamata e non lasciarsi distrarre dal modo di parlare o dall'accento

chiarire il motivo della telefonata

parlare lentamente con le giuste pause, con adeguato livello di tono e volume (tono rassicurante)

se il messaggio non è chiaro, farlo ripetere senza mettere in difficoltà l'interlocutore

accogliere l'ansia della famiglia e favorire la narrazione

trattare un argomento per volta

fermarsi periodicamente nell'esposizione per ricevere segnali di conferma

ascoltare attentamente il messaggio, trasmettendo segnali di conferma

aiutare l'interlocutore a chiarire o specificare meglio il contenuto quando non è chiaro

cercare di capire quali sono le esigenze prioritarie dell'interlocutore, specie nei casi critici o di urgenza

comunicare i contenuti secondo un ordine logico

sintetizzare e riepilogare alla fine i principali contenuti della

conversazione (riassumere e riformulare)

fissare successive azioni o comunicazioni : proporre un poi

#### **OSTACOLI:**

il tempo - fretta, stato emotivo (stanchezza, irritazione, senso di frustrazione)

### **L'OSSERVAZIONE DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO**

Soprattutto nel primo anno di vita del bambino – quando la famiglia e in particolare la madre, si trovano a gestire quella che Winnicott, chiama la “preoccupazione materna primaria” che consiste fondamentalmente nella preoccupazione di “ saper tenere in vita e saper far crescere” – la figura del pediatra costituisce un punto di riferimento importante per la madre e per la coppia .

Un'efficace comunicazione tra pediatra e famiglia è quindi essenziale non solo per far aumentare la consapevolezza, la competenza e la fiducia dei genitori, ma anche per garantire che il bambino riceva dai genitori cure adeguate ed equilibrate, libere sia da eccessi di attenzioni e di ansie sia da trascuratezza e negligenza.

La visita pediatrica allora, che si svolge nello studio del pediatra di famiglia, è il luogo in cui si avvia e si gioca la relazione tra la famiglia (soprattutto attraverso la madre), il medico e il bambino. È qui che si può avviare un rapporto di comprensione e sintonia, facendo del pediatra uno di quei supporti che la ricerca indica come essenziali affinché la madre possa svolgere adeguatamente il suo ruolo e dare avvio ad una relazione sicura con il suo piccolo.

È importante per il pediatra, affinché la comunicazione con la madre risulti efficace e le prescrizioni vengano comprese, adeguatamente seguite e portino anche ad una maggiore consapevolezza e competenza nell'allevamento, saper osservare e valutare la relazione madre-bambino. Questa relazione esprime il legame che si costruisce tra il bambino e la figura che si prende cura di lui ; è una relazione complessa che riflette lo stato di sicurezza o viceversa le ansie che la madre attraversa per diventare l'adulto di riferimento. Le

modalità con cui questo legame si stabilisce, sin dalle prime epoche di vita, condizionano fortemente le tappe successive di sviluppo della personalità. Imparare ad osservarla è di grande utilità per poter scegliere le modalità in cui porre domande, dare informazioni, richiedere approfondimenti, fornire prescrizioni. La stessa domanda – ad esempio la richiesta di un ulteriore accertamento – può avere un effetto o un significato molto diverso per una madre ansiosa o per una madre negligente; la valutazione di un sintomo riferito e la sua gravità o lievità cambierà a seconda dell'idea che il pediatra ha della madre come interlocutore attendibile. In breve, l'efficacia dell'intervento professionale dipende in buona parte dalla corretta valutazione che il pediatra fa della coppia madre-bambino e dalle strategie comunicative che mette in atto per conoscerla, per raccogliere informazioni, per dare indicazioni. È importante uno sguardo "benevolo" sulla relazione tra la madre e il bambino nel primo anno di vita perché attraversa fasi di incertezza e di alta emotività nel suo farsi. È importante quindi evitare la "distorsione clinica" e cioè la tendenza a valutare negativamente molte relazioni, quando la madre mostra ansie e difficoltà. La maggioranza delle relazioni tra madre e bambino tende a migliorare nel corso del primo anno, grazie all'apprendistato della madre, al superamento della fase della "costellazione materna" e probabilmente grazie anche al sistema di supporti che si è venuto attivando, tra i quali anche quello costituito dal rapporto con il pediatra.

Il ruolo del pediatra è dunque estremamente importante nel leggere, contenere, rispondere adeguatamente ai bisogni espressi in questa fase e contribuire a potenziare le risorse familiari nell'affrontare l'allevamento e l'educazione. Compito delicato che richiede strumenti, conoscenze per una valutazione equilibrata della relazione madre bambino e la messa in atto di interventi mirati anche sul piano comunicativo.

Pur essendo prevista, nel bilancio di salute che il pediatra compila periodicamente, la valutazione della relazione madre-bambino, nel curriculum studi del pediatra non esiste alcun percorso specifico per formare né all'osservazione, né alla comunicazione.

Facendo riferimento alla teoria di Bowlby e il contributo relativo agli stili di attaccamento di Mary Ainsworth e Mary Main che riguardano il formarsi della relazione nel primo anno di vita, l'osservazione di alcuni indicatori in un contesto particolare come la visita pediatrica, possono essere utili nel definire la qualità della relazione. *Indicatori sono i modi di stare faccia a faccia, gli sguardi, la voce, le modalità con cui la madre controlla o iperstimola o sottostimola il bambino, gli scambi ludici, gli episodi di consolazione, le modalità con cui tiene in braccio o manipola il proprio figlio.*

Gli stili della relazione madre bambino indicati dalla teoria dell'attaccamento raggiungono una certa stabilità verso i 14-18 mesi e possono essere così riassunti:

#### Relazione sicura:

Il bambino riconosce nella propria madre una base sicura che gli permette di esplorare ed affrontare con fiducia il mondo. Caratteristiche di questa relazione sono:

- Espressione chiara e armoniosa dell'affetto da parte della madre e del bambino/a;
- Presenza di emozioni positive e/o espresse con coerenza nella madre e nel bambino;
- Comportamento esplorativo del bambino/a;
- Disponibilità della madre a rispondere ai segnali del bambino/a;
- Controllo efficace e coerente da parte della madre;
- Coerenza del comportamento materno;

#### Relazione ansiosa:

Il bambino riceve dalla madre risposte incoerenti o inadeguate ai suoi bisogni, questo genera ansia quando deve esplorare il mondo per il timore di perdere la figura di attaccamento. Sono caratteristiche:

- Emozioni intense ma non facilmente controllabili da parte della madre e del bambino/a;

- Espressione di ansie e di dubbi in modo poco coerente;
- Intrusività o controllo eccessivo da parte della madre;
- Incoerenza/difficoltà da parte della madre nel controllo del bambino/a;
- Insicurezza nel manipolare/gestire il bambino da parte della madre;
- Inconsolabilità del bambino/a;
- Ansia intensa e difficilmente superabile nei confronti della persona nuova;

Relazione distaccata:

Il bambino non riconosce nella madre una figura di sostegno, rinuncia quindi al suo aiuto. Si abitua a vivere senza il sostegno degli altri, sviluppando un'autonomia forzata con apparente indifferenza alle emozioni. Caratteristiche:

- Emozioni scarse e senso di relativa indifferenza da parte del bambino/a e della madre;
- Espressione molto sintetica e scarna nelle domande o nelle risposte della madre;
- Indifferenza, passività, apparente non reazione del bambino alla situazione nuova e alle interazioni con la persona nuova;
- Scarsa attività ed esplorazione dell'ambiente da parte del bambino/a;
- Passività, relativa indifferenza o scarsa risposta ai segnali del bambino da parte della madre;

La formazione alla comunicazione e all'osservazione è uno strumento importante per il pediatra al fine di saper e poter giocare il proprio ruolo di supporto alla madre nella fase di costruzione della relazione con il bambino e di consolidamento delle competenze materne. Tutti questi fattori sono importanti nello sviluppo della personalità futura del bambino.

La capacità osservativa, quando acquisita, affina l'occhio del pediatra rendendolo capace non solo di individuare i fattori di rischio, ma anche le risorse e le potenzialità da sostenere, attribuendo così all'intervento pediatrico una valenza non solo diagnostica, bensì anche di prevenzione e promozione.

## **CONCLUSIONI**

Il pediatra di famiglia è il medico di primo livello del bambino, scelto da tutte le famiglie con figli da 0 a 14 anni, iscritti al Servizio Sanitario Nazionale. Oltre a eseguire le visite in caso di patologie, il pediatra esegue i controlli di crescita e viene in genere consultato dalle famiglie per qualsiasi problema anche di natura non strettamente medica, ma riguardante più in generale l'allevamento e l'educazione del bambino e i dubbi dei genitori in molte circostanze della vita familiare. La visita pediatrica, che si svolge nello studio del pediatra di famiglia, è il luogo – potremmo dire il setting – in cui si avvia e si gioca la relazione tra famiglia (madre), medico e bambino e si può avviare una spirale virtuosa basata sulla progressiva fiducia e su una buona reciproca comprensione e sintonia, che dovrebbe favorire la cosiddetta alleanza terapeutica. È importante quindi che il pediatra, per sostenere la relazione di fiducia con il bambino e la sua famiglia, acquisisca un ampliamento della propria competenza professionale, promuovendo la qualità e le abilità necessarie per una comunicazione efficace, sia in situazione di normalità che di difficoltà, competenze che il corso di laurea e gli anni di specializzazione tuttora non sono in grado di assicurare.

### **Concetti chiave:**

1. la cura della comunicazione e della relazione con il bambino e la famiglia rende più efficace l'opera del medico
2. È necessario applicare tecniche specifiche per migliorare la comunicazione

### **Bibliografia per approfondire**

1. Bert G.Quadrino S.: L'arte di comunicare. CUEN srl,1998
2. Gangemi M.,Quadrino S.: Il counselling in pediatria di famiglia. Milano:UTET Periodici,2000
3. Venturelli L., Caso G., Marengoni B.: L'educazione alla salute in pediatria di famiglia, Utet periodici ed, Milano, 2000
4. Winnicott D.W.: Dalla pediatria alla psicoanalisi. Psycos, G.Martinelli, Firenze, 1975
5. Ainsworth M.S.D.: Attachment and exploratory behaviour in one year olds in a strange situation. Vol.4,Methuen,London 1969
6. Bowlby J. : Una base sicura . Cortina , Milano 1983
7. Stern D.N. : La costellazione materna , Boringhieri,Torino,1995