

**CENT'ANNI DI DIABETOLOGIA:
UNA SCIENZA IN CONTINUA EVOLUZIONE**

*Assisi, BV Grand Hotel Assisi
18 /19 novembre 2022*



L'ascolto, la motivazione della persona con diabete e la cura della relazione: i primi farmaci per una terapia efficace

Simone Pampanelli, MD, PhD

*Specialista in Endocrinologia e Malattie del Ricambio,
Diabetologia*

Dipartimento di Medicina, Struttura
Complessa di Endocrinologia e Malattie Metaboliche.

Azienda Ospedaliera di Perugia



National Health and Nutrition Surveys (NHANES) nella cura del diabete

- Dal 1988 al 2010 quelli in obiettivo nell'ABC della cura del diabete (livelli di A1c, BP e LDL) sono stati rispettivamente dall'1,7% al 18,8%
- in 22 anni di sondaggi NHANES dal 98,5% all'81,2% delle persone con diabete non hanno raggiunto obiettivi salutari.



L'ascolto, la motivazione della persona con diabete e la cura della relazione: i primi farmaci per una terapia efficace

Aderenza al trattamento...

Il diabete mellito è una delle condizioni cliniche in cui è più facile riscontrare un basso livello di aderenza al trattamento

Negli Studi dedicati ai farmaci per il diabete la **prevalenza dell'aderenza si aggira intorno a percentuali piuttosto basse che possono arrivare fino al 46%.**

Nella pratica clinica significa per un diabetologo dover acquisire che meno della metà dei pazienti che ha in cura aderisce alla terapia concordata

Krass I, Schieback P, Dhippayom T.; Diabet Med. 2015

Strumenti di misurazione dell'aderenza	Prevalenza dell'aderenza, % (n. di studi)
OAD	38.5–93.1 (10)
Misure obiettive	
MPR	46.0–89.8 (4)
Altri	75.3–93.1 (2)
Misure soggettive	38.5–83.6 (4)
OAD in monoterapia o una combinazione di OAD e insulina	39.0–92.3 (17)
Misure obiettive: MPR	53.8–69.0 (3)
Misure soggettive	
MMAS-4	40.0–76.2 (7)
Altri	39.0–92.3 (7)

Medication Possession Ratio = MPR

rapporto tra numero di giorni di terapia dispensata e giorni totali di terapia in un certo periodo di tempo, se il valore risulta < 0,8 (o < 80%) è indicativo di mancata aderenza.

OAD: Antidiabetici orali; **MPR:** Medical Possession Ratio; **MMAS-4,** Morisky Medication-Taking Adherence Scale (4-item): Scala Morisky di aderenza all'assunzione del farmaco (4 voci)

OMS: i costi

Si stima che In Europa, il costo della non aderenza alle terapie farmacologiche sia pari a 125 miliardi di euro l'anno.

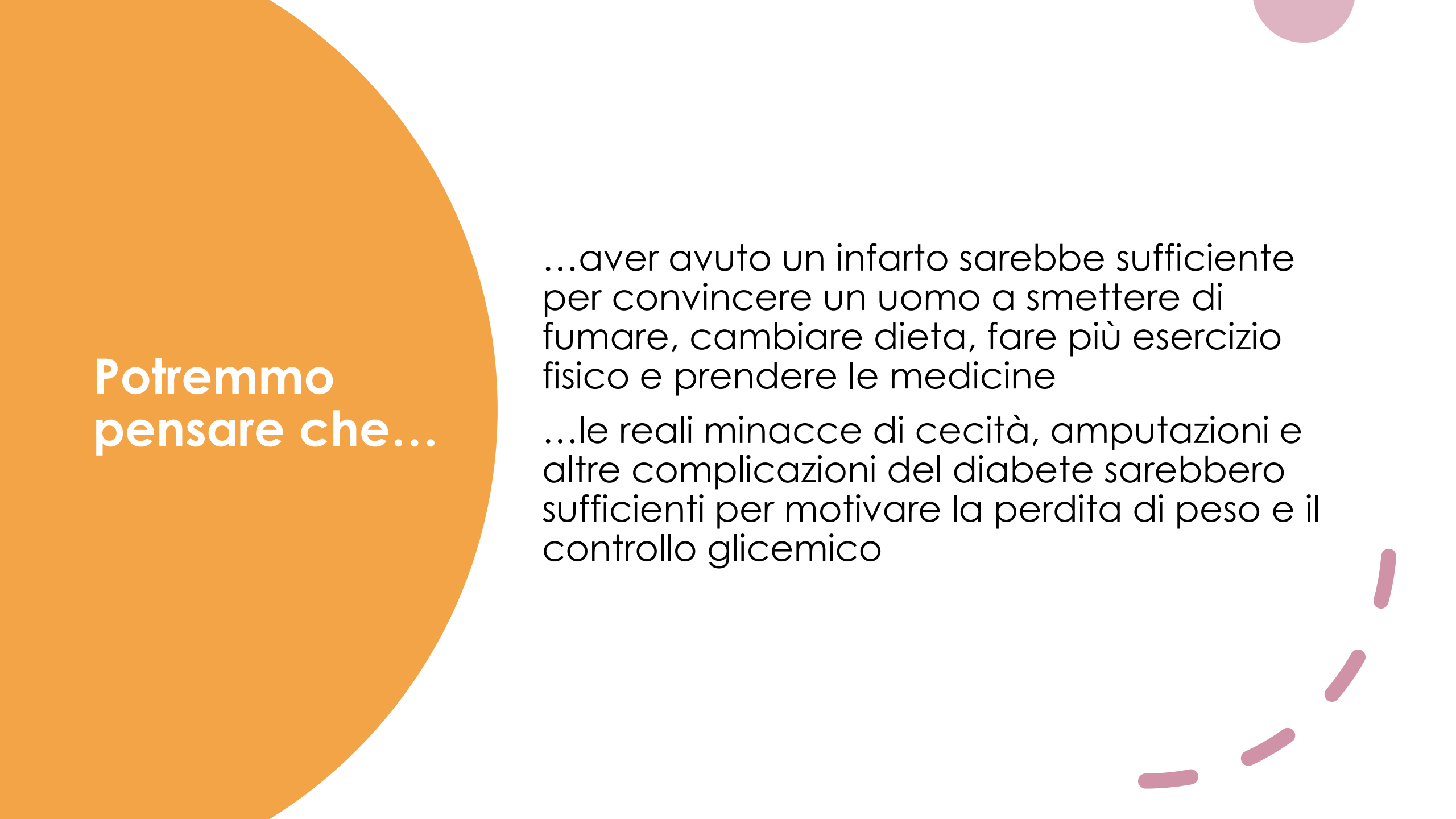
È stato stimato che il costo economico della mancata aderenza negli Stati Uniti è pari a 100 miliardi dollari l'anno.

Secondo il Centro Studi "Sanità in Cifre" dimenticare o deliberatamente non prendere i farmaci prescritti dal medico costa ogni anno alle casse dello stato fino a 3,7 miliardi di euro in mancata attività di prevenzione, 3,8 miliardi in inefficienze dovute all'avvio ritardato del trattamento e fino a 11,4 miliardi di euro in costi di ospedalizzazione e acquisto dei nuovi farmaci



Cosa ci sta
sfuggendo....

Ripensare alla
comunicazione...

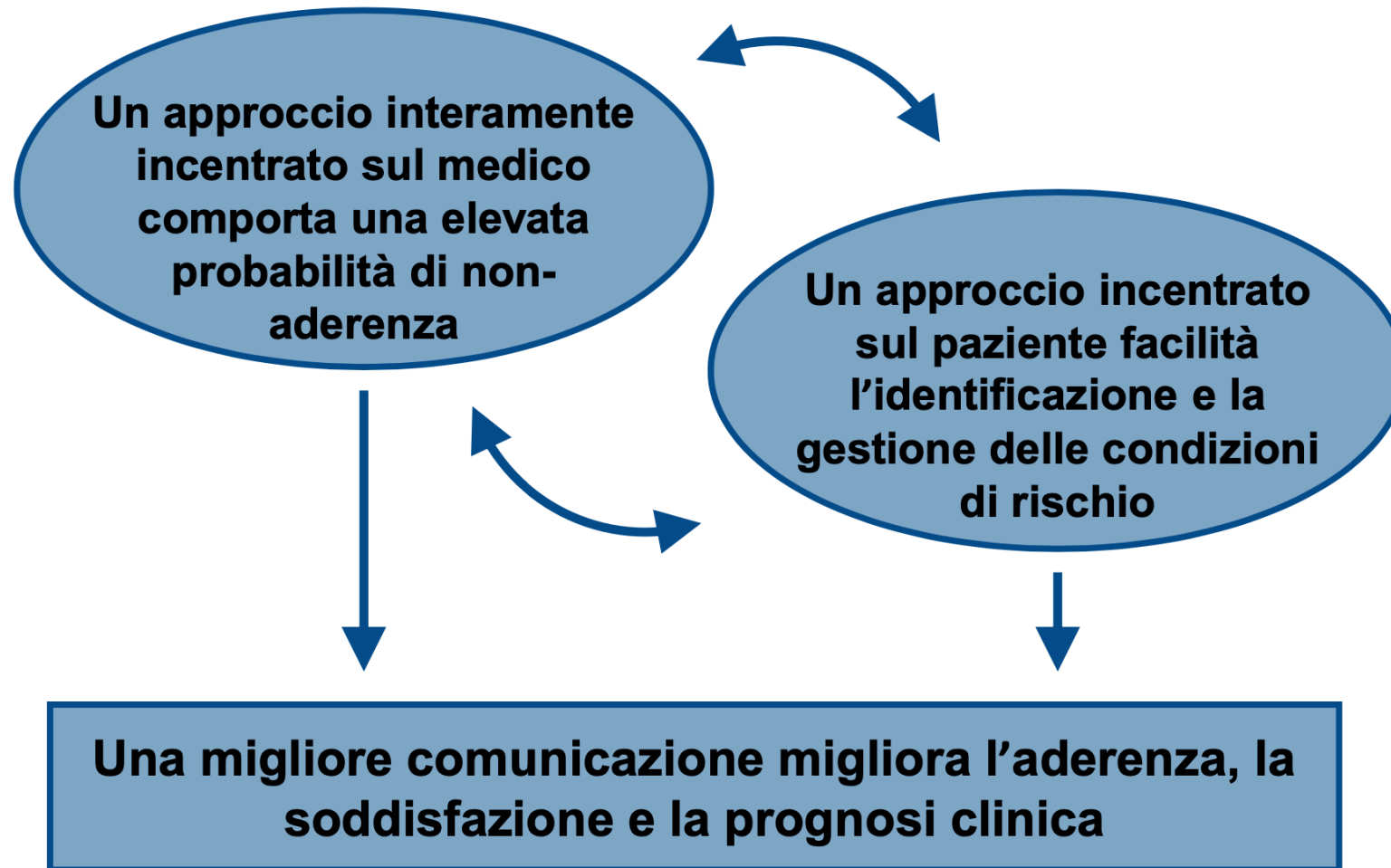


**Potremmo
pensare che...**

...aver avuto un infarto sarebbe sufficiente per convincere un uomo a smettere di fumare, cambiare dieta, fare più esercizio fisico e prendere le medicine

...le reali minacce di cecità, amputazioni e altre complicazioni del diabete sarebbero sufficienti per motivare la perdita di peso e il controllo glicemico

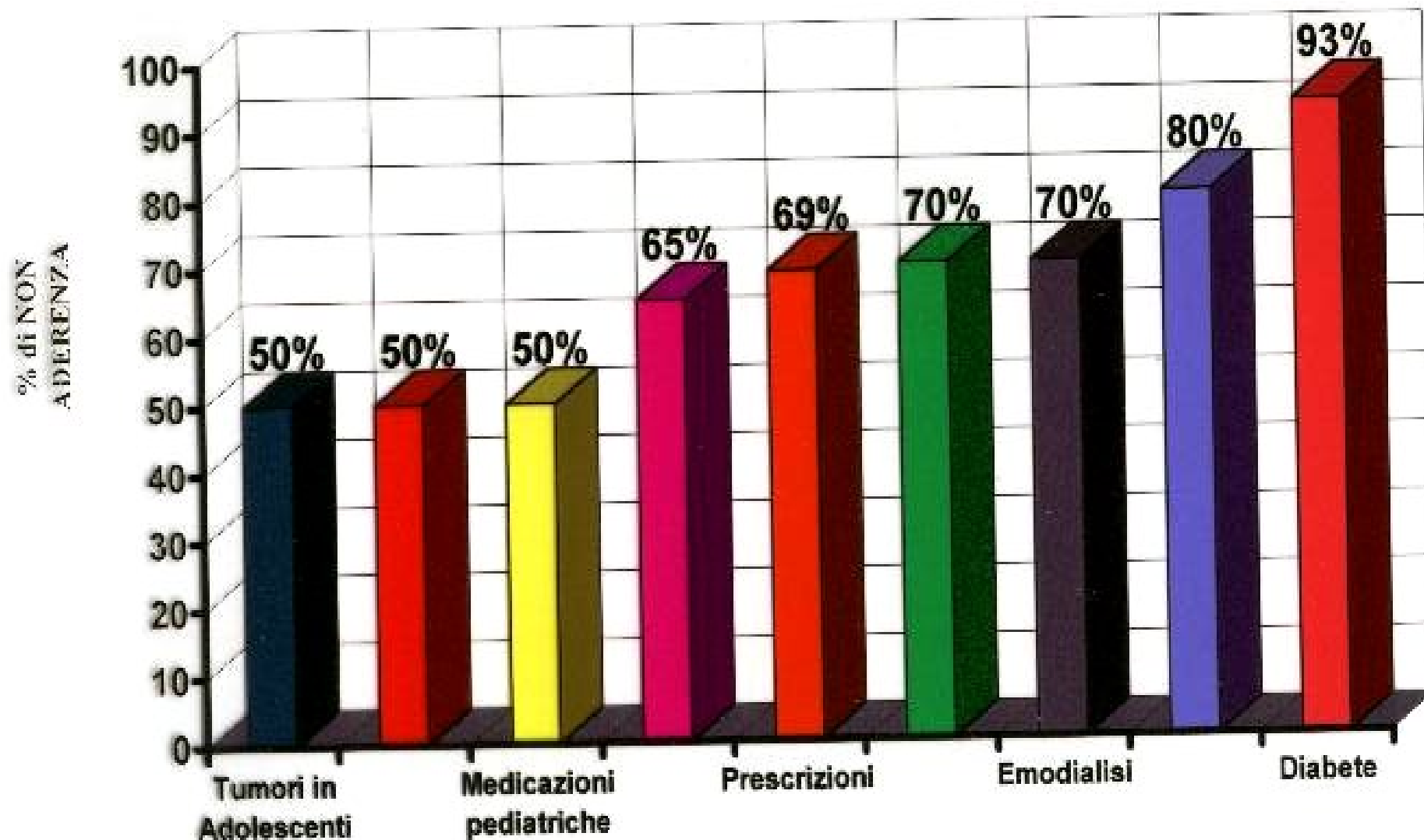
La necessità di coinvolgere il Paziente



La comunicazione.... Convincere i pazienti



Persone realmente resistenti al Cambiamento



Discussione

Scontro

Ostilità

Interruzione

Parlare sopra

Tagliare

Ignorare

Disattenzione

Mancata risposta

Rifiuto

parole

parole

parole



Tipi di resistenza



Reattanza

Reazione predicibile di emozioni e comportamenti che si verifica quando un individuo percepisce che si sta limitando o minacciando la sua libertà

Se le informazioni non
bastano...
Qual è la chiave per
cambiare?



Rapporto medico
paziente

Comportamenti positivi e negativi





Rapporto medico paziente

Quali comportamenti di un medico
vi hanno maggiormente
demotivato?

Quali vi hanno fatto desiderare di
rinunciare a curarsi?

Quali comportamenti medico vi hanno maggiormente demotivato? Quali comportamenti vi hanno fatto desiderare di non continuare ad essere seguiti?

- Rimproveri per non aver raggiunto obiettivi che non erano stati definiti
- Mancanza di riconoscimenti/apprezzamenti
- Gestione inadeguata di un errore
- Critiche infondate/ Discussione non costruttiva
- Mancanza di ascolto/bocciare le mie proposte
- Mancanza di fiducia
- Mancanza di rispetto
- Mancanza di interesse
- Maleducazione



- Non essere creduto
- Essere screditato/trattato come un bambino...
- Mancanza di coinvolgimento
- Mancanza di chiarezza
- Poca attenzione (continue interruzioni cellulare, telefono, colleghi...)
- Troppi "io" e pochi "noi"
- Mancanza di stabilità nei comportamenti
- Essere terrorizzati con le complicanze
- Non essere capiti

Rapporto medico paziente



- Quali caratteristiche di un medico vi fanno sentire coinvolti nella cura e motivati a cambiare?
- Quale rapporto con il vostro curante vi aiuta ad essere propositivi ed attivi?

Quali caratteristiche di un medico vi fanno sentire coinvolti e motivati? Quale rapporto con il vostro medico vi aiutano a gestire la vostra malattia?

- Obiettivi chiari e ben definiti/ visione a medio periodo
- Apprezzamento del lavoro svolto
- Clima positivo/accogliente della visita
- Coinvolgimento nelle decisioni (es insulina)/ soluzioni di problemi/obiettivi
- Ascolto e comprensione
- Scambio opinioni costruttivo/confronto costruttivo
- Farmi sentire parte importante

- Ricevere consigli
- Supporto nelle difficoltà
- Libertà nel proporre e nel fare
- Fiducia
- Informazioni
- Ottimismo
- Apertura



Analisi comparativa di due modelli di assistenza

	MEDICINA ACUTA	MEDICINA CRONICA
Modello	Biomedico	Bio-psico-sociale e pedagogico
1. Attività	Biomedica e tecnica	Psico-pedagogica e tecnica
2. Attenzione, concentrazione	In relazione alla situazione di emergenza, di origine esterna	Dipendente dalla motivazione interna
3. Formazione	Eccellente	1. Biomedica eccellente 2. Psico-sociale: scarsa 3. Educativa: nulla
4. Identità medica	Ben definita	Confusa, a causa dell'aspetto psico-sociale
5. Ruolo terapeutico	▪ Si occupa dell'emergenza; il paziente è passivo ▪ Relazione genitore-figlio	• Deve portare il paziente a contare su se stesso • Relazione adulto-adulto
6. Azione del medico	Diretta, mirata all'emergenza	Indiretta, condivisa con il paziente
7. Visibilità dell'azione	Azione del medico visibile e dimostrabile	Medicina silente, azione poco visibile
8. Controllo della malattia	Esterno, gestito dal personale sanitario	Interno, gestito dal paziente e dai suoi familiari

Scambio di informazioni

I **pazienti oncologici** e le loro famiglie cercano informazioni sulla causa, la diagnosi, il trattamento, la prognosi e gli aspetti psicosociali della malattia. Soddisfare i bisogni informativi è importante non solo per aiutare il paziente ad acquisire conoscenze sulla sua malattia, ma anche per sviluppare una forte relazione paziente-clinico, per assistere i pazienti nel processo decisionale e per ridurre l'incertezza dei pazienti.

Fornire informazioni ai pazienti tende ad aumentare la soddisfazione, facilita la partecipazione alla consultazione, diminuisce l'ansia e aumenta la capacità di farvi fronte.

Krasuska ME, Stanislawek A. Professional information, education and counselling as prerequisites for quality cancer care. *Ann Univ Mariae Curie Skłodowska [Med]*. 2003;58:179-184.

Ripensare la ricerca sullo scambio di informazioni tra paziente e medico

Negli ultimi quattro decenni si sono verificati importanti cambiamenti nel processo di scambio di informazioni.

Storicamente, il ruolo del medico è stato quello di fornire informazioni e raccomandazioni relative alla malattia e il ruolo del paziente è stato quello di condividere sintomi e preoccupazioni. Tuttavia non è stata prestata maggiore attenzione alle opinioni, ai bisogni, alle convinzioni, ai valori e alle preferenze dei pazienti. Inoltre, i pazienti portano alla consultazione informazioni relative alla malattia, spesso da discussioni con altri professionisti sanitari, informatori laici, familiari, fonti dei media e, soprattutto, Internet.

(Woolf SH, Chan EC, Harris R, et al. Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Ann Intern Med.* 2005;143:293-300.

Davidson R, Mills ME. Cancer patients' satisfaction with communication, information and quality of care in a UK region. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2005;14:83-90.

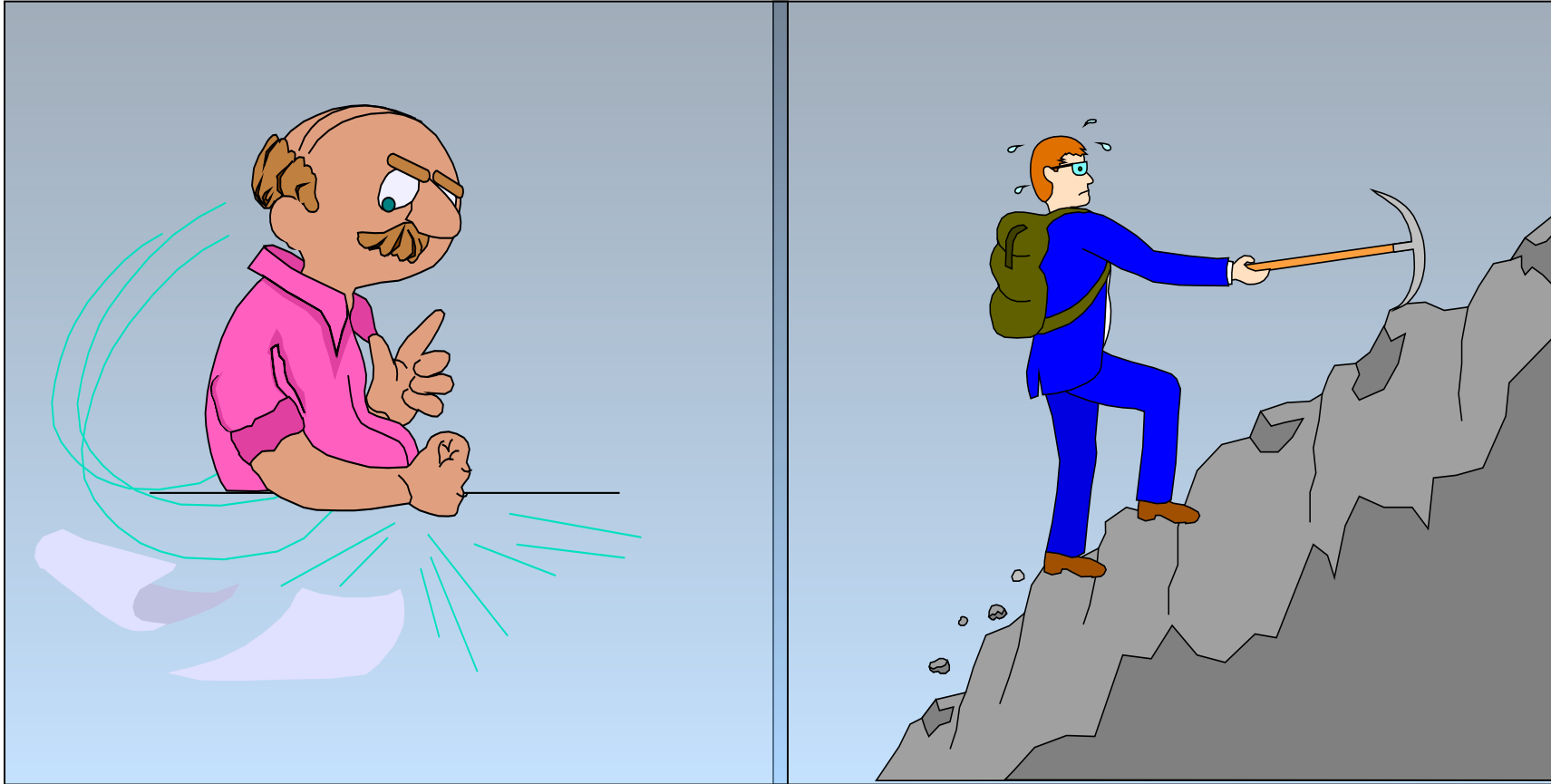
Modificazione del Comportamento

Educazione (5%) Altri fattori (10%)



■ Education ■ Perspiration ■ Motivation ■

Che cosa è la motivazione...
NON E' UN'AZIONE, MA UN PERCORSO



LA MOTIVAZIONE

- E' uno stato psichico (non un tratto della personalità !) di DESIDERIO di cambiare che determina la PROBABILITA' che il cambiamento si realizzi: implica non solo i MOTIVI ma anche LA DISPONIBILITA' al cambiamento.
- Lo stato di motivazione è una condizione DINAMICA, che può cambiare da un momento all'altro, è influenzato da fattori diversi e può essere modificato
- **MOTIVARE** = facilitare la probabilità che una persona segua un determinato corso d'azione verso il cambiamento



Colloquio motivazionale



Stile di comunicazione collaborativo e orientato agli obiettivi con particolare attenzione al linguaggio del cambiamento

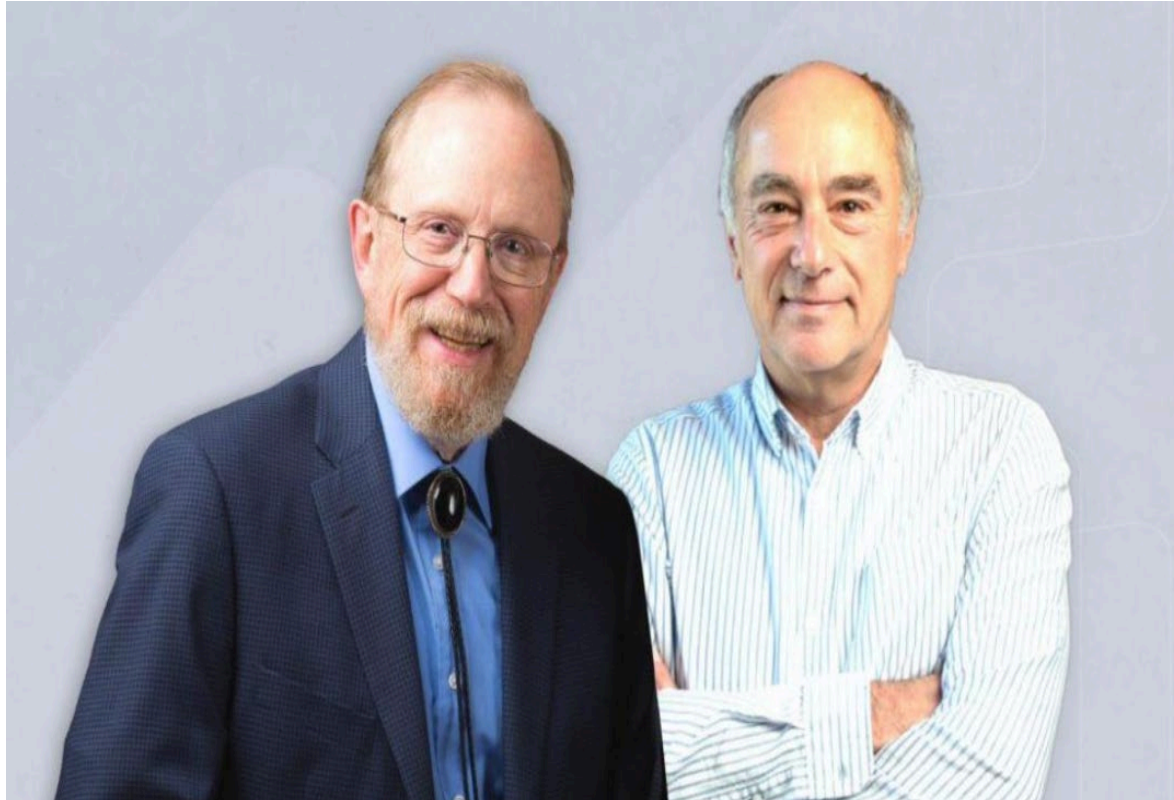
Progettato per rafforzare la motivazione personale e l'impegno per un obiettivo specifico

Esplora le ragioni del cambiamento di una persona in un'atmosfera di accettazione e compassione. Miller e Rollnick (2012)

Aiuta i soggetti a sviluppare la motivazione intrinseca, cambiare e raggiungere obiettivi di consulenza. Erford (2010)

Storia del Colloquio Motivazionale (IM)

William Miller e Stephen Rollnick



- Sviluppato nel 1983 per il trattamento di pazienti alle prese con il consumo cronico di alcol
- Lo scopo era affrontare la resistenza dei pazienti al cambiamento
- Gli stili di consulenza “conflittuale” degli anni '80 sembravano aumentare la resistenza in questa popolazione
- Influenzato dalle precedenti teorie psicologiche: l'umanesimo e il Modello transteorico del cambiamento

Umanesimo

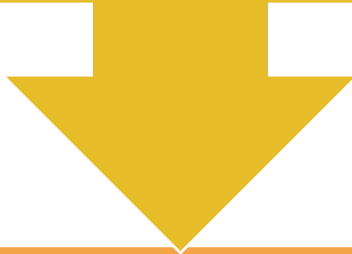
- da Carl Rogers

Affinchè un soggetto possa crescere o cambiare, i terapeuti devono creare un ambiente di crescita incarnando 3 attributi:

1. **Congruenza**: essere genuini, reali
2. **Rispetto positivo incondizionato**: accettazione, compassione
3. **Empatia**: comprensione, riconoscimento

Il Modello
Transtheoretico
del
Cambiamento
(MTC)
Prochaska &
DiClemente, 1984

Cambiamento non decisione
“bianco” e “nero” ma
processo graduale attraverso
6 fasi



Ad ogni fase corrisponde una
precisa modalità di gestione
delle persone

Il Modello Transteoretico del Cambiamento (MTC) (Prochaska & DiClemente, 1983 e 1986)

- Negli Anni 80' viene applicato al campo delle dipendenze (alcol, fumo)
- Negli Anni 90' viene sperimentato in molte aree correlate alla salute

Reed, G. R., Velicer, W. F., Prochaska, J. O. et al, 1997; Schwab, M., Schmidt, K., Witte, H. et al, 2000

Il Modello Transteoretico del Cambiamento (MTC)

(Prochaska & DiClemente, 1983 e 1986)



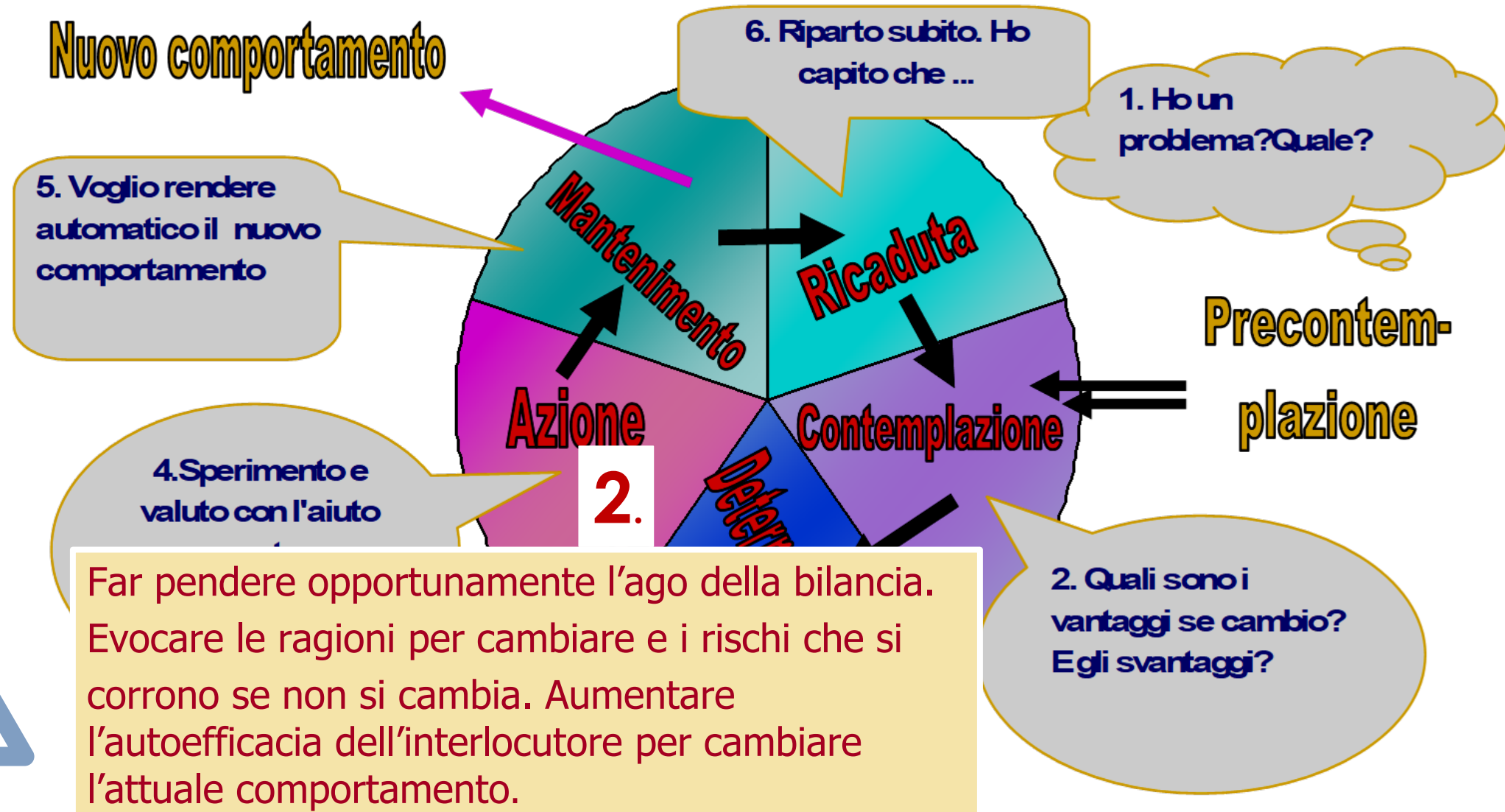
Il Modello Transteoretico del Cambiamento (MTC)

(Prochaska & DiClemente, 1983 e 1986)



Il Modello Transteoretico del Cambiamento (MTC)

(Prochaska & DiClemente, 1983 e 1986)



Aspetti cognitivi che influenzano il comportamento



Autoefficacia

- L'auto-efficacia è la fiducia della persona nella propria capacità di mobilitare la motivazione, le risorse cognitive e i comportamenti necessari per esercitare un controllo sugli eventi della propria vita.
- L'auto-efficacia percepita coincide con il sentimento di efficacia personale, che deriva dalla **convinzione** di essere all'altezza di affrontare determinati situazione.

A. Bandura

Le persone che hanno un basso senso di efficacia:

Si allontanano intimidite dalle attività "difficili" e le considerano come minacce personali.

Hanno basse aspirazioni ed investono con scarso impegno nel raggiungimento degli obiettivi che scelgono per se stessi.

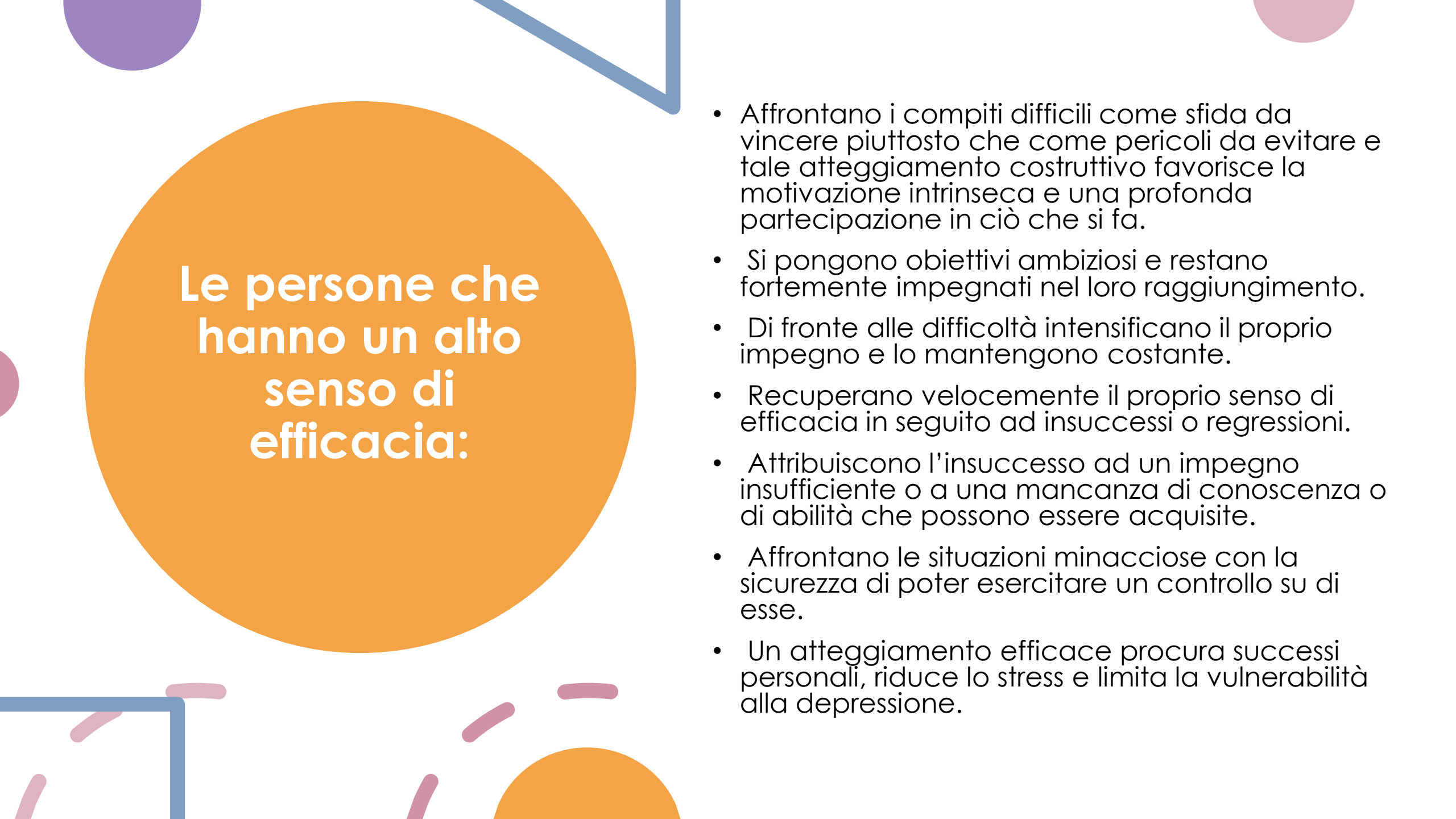
Di fronte a compiti difficili, indugiano a considerare le proprie carenze personali, gli ostacoli che incontreranno e tutte le conseguenze avverse possibili piuttosto che concentrarsi su cosa fare per riuscire.

Riducono il proprio impegno e rinunciano facilmente trovandosi di fronte a difficoltà.

Sono lente nel recuperare il loro senso di efficacia in seguito ad insuccessi e regressioni.

Siccome attribuiscono le prestazioni scadenti alla mancanza di capacità e doti loro personali, non hanno bisogno di molti insuccessi per perdere fiducia nelle loro capacità

Sono facili prede dello stress e della depressione



Le persone che hanno un alto senso di efficacia:

- Affrontano i compiti difficili come sfida da vincere piuttosto che come pericoli da evitare e tale atteggiamento costruttivo favorisce la motivazione intrinseca e una profonda partecipazione in ciò che si fa.
- Si pongono obiettivi ambiziosi e restano fortemente impegnati nel loro raggiungimento.
- Di fronte alle difficoltà intensificano il proprio impegno e lo mantengono costante.
- Recuperano velocemente il proprio senso di efficacia in seguito ad insuccessi o regressioni.
- Attribuiscono l'insuccesso ad un impegno insufficiente o a una mancanza di conoscenza o di abilità che possono essere acquisite.
- Affrontano le situazioni minacciose con la sicurezza di poter esercitare un controllo su di esse.
- Un atteggiamento efficace procura successi personali, riduce lo stress e limita la vulnerabilità alla depressione.

Il Modello Transteoretico del Cambiamento (MTC)

(Prochaska & DiClemente, 1983 e 1986)



Stadio	Strategie e tecniche per indurre la motivazione
Precontemplazione	Insinuare il dubbio. Aumentare nel paziente la percezione dei rischi e dei problemi che comporta l'attuale comportamento/situazione.
Contemplazione	Far pendere opportunamente l'ago della bilancia. Evocare le ragioni per cambiare e i rischi che si corrono se non si cambia. Aumentare l'autoefficacia del paziente per cambiare l'attuale comportamento /iniziare un nuovo comportamento.
Determinazione	Aiutare il paziente a determinare la migliore strada da prendere per iniziare il programma terapeutico.
Azione	Aiutare il paziente a compiere i passi.
Mantenimento	Aiutare il paziente a identificare e utilizzare strategie che impediscano la ricaduta.
Ricadute	Aiutare il paziente a riavviare i processi di contemplazione, determinazione e azione senza restare demoralizzato a causa della ricaduta.

12 tipi di reazioni sbagliate – Thomas Gordon



- Ordinare, comandare, avere un atteggiamento direttivo.
- Ammonire o minacciare.
- Dare consigli o suggerimenti o fornire soluzioni prima del tempo funzionale per il paziente.
- Davanti all'ambivalenza del paziente, cercare di persuaderlo in modo logico, dialettico o cattedratico.
- Moraleggiare, fare delle raccomandazioni o dire ai pazienti ciò che "dovrebbero" fare.
- Mostrarsi in disaccordo, giudicare, criticare o biasimare.
- Svergognare il paziente, metterlo in ridicolo o etichettarlo.
- Mostrarsi distaccati, distratti, sarcastici o cambiare argomento.

Il colloquio di motivazione

Cosa fare

- Iniziare con i problemi del paziente
- Stimolare il paziente a parlare delle sue problematiche
- Dare risalto a scelte e responsabilità personali per decidere comportamenti futuri; discutere obiettivi e strategie
- Analizzare e rispecchiare in modo empatico le percezioni del paziente
- Rispecchiare usando frasi che usano il “lei” come soggetto
- Permettere che del paziente proponga cambiamenti
- Ristrutturare positivamente gli argomenti del paziente per migliorare l'autonomia
- Fare brevi riassunti
- Offrire consigli e feedback



Principi dell'intervista motivazionale



"Le persone di solito sono di più persuase dalle ragioni che hanno scoperto loro stesse che da quelle che sono venute nella mente degli altri".

Blaise Pascal filosofo e accademico del 17° secolo

Esempi di possibili domande chiave

Cosa ritiene che debba essere cambiato?

Cosa pensa di fare?

Cosa potrebbe fare? Quali sono le scelte a sua disposizione?

Avere tutto questo sotto gli occhi deve essere sgradevole per lei..
Qual è il passo successivo?

Penso che le cose non possano più continuare come sono ora.
Cosa ha intenzione di fare?

Tra tutte quelle che ho nominato fino adesso, quali sono le ragioni più importanti che la spingono al cambiamento? Come pensa di realizzarlo?

Cosa succederà adesso? Quali saranno le prossime mosse?

Idealmente, come vorrebbe che si mettessero le cose?

Cosa la preoccupa del fatto di smettere di?

Quali potrebbero essere alcuni aspetti positivi legati al cambiamento?



La ricerca mostra che il colloquio motivazionale è efficace per:

Diminuire l'uso di sostanze

Aumentare l'aderenza al trattamento

Aumentare il coinvolgimento al trattamento

Ridurre il rischio HIV

Aumentare l'esercizio fisico

Diminuzione del gioco d'azzardo

Migliorare il comportamento alimentare e perdere peso

Il colloquio motivazionale supera costantemente i consigli tradizionali forniti nel trattamento di un'ampia gamma di problemi e malattie comportamentali.

Hettema, J. et al., 2005; Lundahl & Burke 2009; Ruback, S. et al., 2005

Efficacia del colloquio motivazionale



- ha una valutazione complessiva di 3,9 su 4,0 sul Rapporto nazionale dei programmi basati sull'evidenza di SAMHSA



- AMA sostiene l'uso di IM per promuovere i risultati relativi alla salute

Chi può praticare IM?

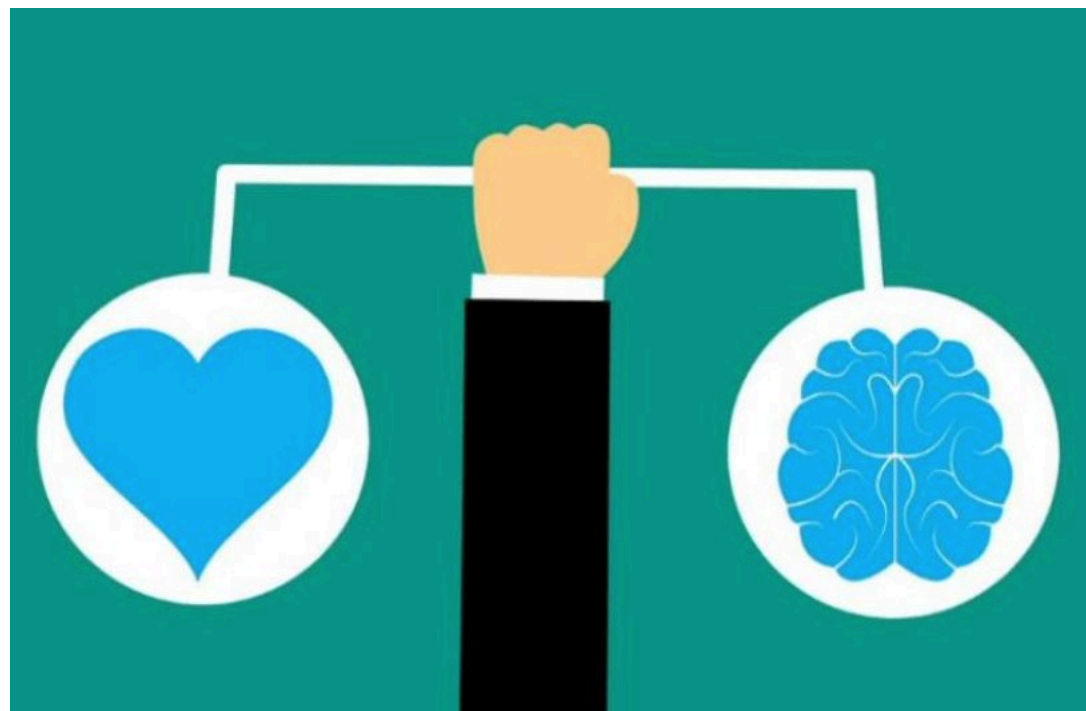
Qualsiasi professionista sanitario qualificato

Nessuna certificazione speciale richiesta

Formazione disponibile

Il professionista deve essere...

- empatico
- paziente
- un buon ascoltatore
- emotivamente intelligente



La motivazione è fortemente influenzata dal medico

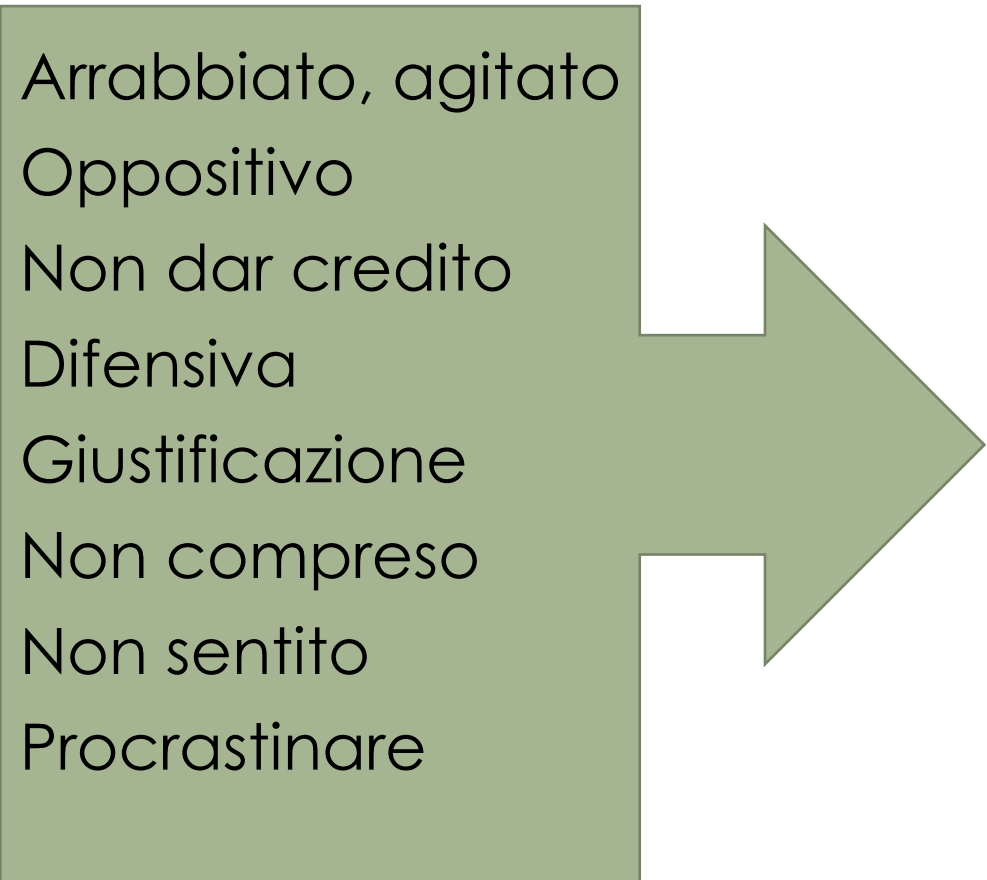
La motivazione e il risultato dei pazienti variano a seconda del particolare consulente a cui sono rivolti.

Lo stile della comunicazione guida fortemente la resistenza del cliente (lo scontro la fa salire, l'ascolto empatico la abbassa).

Il medico è uno dei maggiori fattori determinanti della motivazione e del cambiamento del cliente.



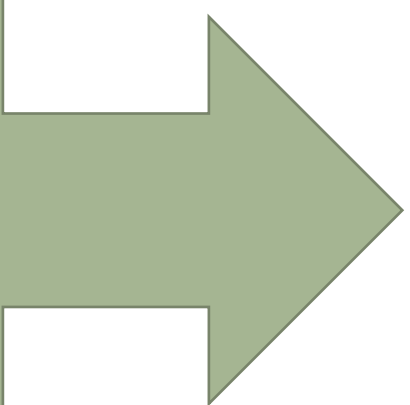
Reazioni umane comuni all'imposizione



Arrabbiato, agitato
Oppositivo
Non dar credito
Difensiva
Giustificazione
Non compreso
Non sentito
Procrastinare

Paura
Indifeso, sopraffatto
Vergogna
Intrappolato
Disimpegnato
Non tornare – evita
Scomodo
Resistente

Reazioni umane comuni all'essere ascoltati



Compreso
Far parlare di più
Mi piace il medico
Aperto
Accettato
Rispettato
Impegnato
In grado di cambiare

Sicuro
Potenziato
Speranzoso
Confortevole
Interessato
Voglio tornare
Cooperativo

Colloquio motivazionale

COMPORTAMENTO

Tecniche

Domande aperte

Ascolto riflessivo

Affermazioni

Ricapitolare

Suscita discorsi sul cambiamento

Componenti principali

Esprimere empatia

Evitare argomentazioni

«Gioca» con la resistenza

Potenzia la discrepanza

Supporta l'auto efficacia

ESSERE

Spirito

Collaborativo

Evocativo

Autonomo

SENTIRSI A PROPRIO AGIO

*La **sicurezza psicologica** è ampiamente definita come un clima in cui le persone si sentono a proprio agio nell'esprimersi e nell'essere se stesse.*



Più specificamente, quando le persone hanno sicurezza psicologica, si sentono a proprio agio nel condividere preoccupazioni ed errori senza timore di imbarazzo o ritorsioni. Sono fiduciosi di poter parlare e di non essere umiliati, ignorati o biasimati. Sanno che possono fare domande quando non sono sicuri di qualcosa. Tendono a fidarsi e rispettare.

Quando le persone si sentono competenti nei compiti della loro vita

*Quando si sentono autonomi
(che si stanno impegnando in
attività scegliendo come
portare a termine le cose,
indipendentemente dalle
dipendenze)*



Self Determination Theory (Niemiec, Ryan & Deci, 2000)

LA SICUREZZA PSICOLOGICA NON È....

Non si tratta di essere gentili...

***La sicurezza psicologica non è
solo un'altra parola per la
fiducia***

***La sicurezza psicologica consente
alle persone che stanno vivendo
un conflitto di parlare
francamente di ciò che le
preoccupa.***



***La sicurezza psicologica non
riguarda l'abbassamento
degli standard di prestazione***

***La sicurezza psicologica
non è un fattore di
personalità***



https://www.youtube.com/watch?v=JMrX5dt_mkU

Quello che serve per essere veramente coraggiosi - non è quello che pensi. | Franck Gazzola | TEDxByronBay



SICUREZZA
PSICOLOGICA

**Atmosfera in cui le
persone riescono a
mostrare ed impiegare se
stesse in una attività,
senza paura delle possibili
conseguenze negative**



**L'ascolto, la motivazione
della persona ~~con diabete~~
e la cura della relazione:
i primi ~~farmaci per una~~
~~terapia~~ **passi per un clima**
efficace**



Team diabetologico

- Medico
- Infermiere
- Psicologo
- Dietista
- Podologo
- Educatore
- Associazioni...



Il clima dei servizi organizzativi aumenta l'indice di soddisfazione dei clienti americani

Benjamin Schneider, William H. Macey, Wayne C. Lee and Scott A. Young

Allineamento interno con i pazienti

Man mano che il mondo dei servizi diventa sempre più dominato dalla tecnologia, in particolare per quanto riguarda la gestione delle relazioni con i pazienti (Freeland 2003), differenziarsi dalla concorrenza diventerà sempre più problematico a meno che non si utilizzino cambiamenti nei comportamenti organizzativi mirati a migliorare la qualità del servizio come veicolo per tale differenziazione. L'obiettivo di tali cambiamenti sarebbe la creazione e il mantenimento di un clima che promuova l'eccellenza del servizio e comportamenti incentrati sul servizio da parte dei dipendenti. La creazione di tali climi non è facile ma è fattibile e i potenziali guadagni in termini di soddisfazione del cliente, flusso di cassa e valore di mercato non sono un mito; esistono infatti (Cable 2007).....

Conclusione

Ciò che accade all'interno di un'organizzazione di servizio non rimane lì. Le organizzazioni di servizi non hanno confini, o nella migliore delle ipotesi hanno confini permeabili, quindi **l'attenzione interna dell'organizzazione si diffonde ai clienti che serve attraverso i dipendenti che li servono.** Mostriamo che **il modo in cui l'attenzione alla qualità del servizio delle organizzazioni è vissuta dai dipendenti si collega alla soddisfazione dei Clienti riferire con tali organizzazioni e che questo, in volta, si riflette nelle prestazioni.**

Qualsiasi organizzazione interessata ad agire in base a l'evidenza potrebbe trovare tali risultati importanti e di potenziale vantaggio competitivo.

Schneider and Bowen

Umanizzare l'erogazione dei servizi

Service Science 1(3), pp. 154-168, © 2009 SSG

..... non esiste una bacchetta magica per la creazione di un'azienda incentrata sui servizi, ma molte questioni richiedono un'attenzione simultanea se i dipendenti in tutte le funzioni e a tutti i livelli devono essere coinvolti dal clima di servizio che si produce.

Una scoperta interessante nella letteratura sulla ricerca sul clima dei servizi rende bene il punto. Il punto è che **se il clima non è un clima forte, uno in cui tutti sono praticamente d'accordo, la qualità del servizio per i pazienti, quindi il clima del servizio è pessimo** (Schneider et al. 2002).

Pertanto, le aziende che effettuano solo assunzioni o solo socializzazione o motivano solo per la qualità del servizio non possono creare un clima di servizio forte; **il clima di servizio deve esistere in tutti gli angoli e le fessure dell'attività a tutti i livelli e in tutte le funzioni che tocchino o meno immediatamente o tocchi solo indirettamente il paziente.**

Maleducazione e lavoro

Tra i lavoratori che lavorano in un posto incivile:

- Il 48% ha intenzionalmente ridotto lo sforzo lavorativo.
- Il 47% ha intenzionalmente ridotto il tempo speso al lavoro.
- Il 38% ha intenzionalmente ridotto la qualità del loro lavoro.
- Il 66% ha affermato che la propria performance è diminuita.
- Il 78% ha dichiarato che il proprio impegno per il organizzazione declinata.
- Il 12% ha dichiarato di aver lasciato il lavoro a causa del trattamento incivile.
- Il 25% ha ammesso di aver sfogato la propria frustrazione sui clienti.

The price Of incivility Lack of respect Hurts morale—and the bottom line.

By christine porath And christine pearson January–February 2013 Harvard Business Review

LE SQUADRE SI SENTONO AL SICURO



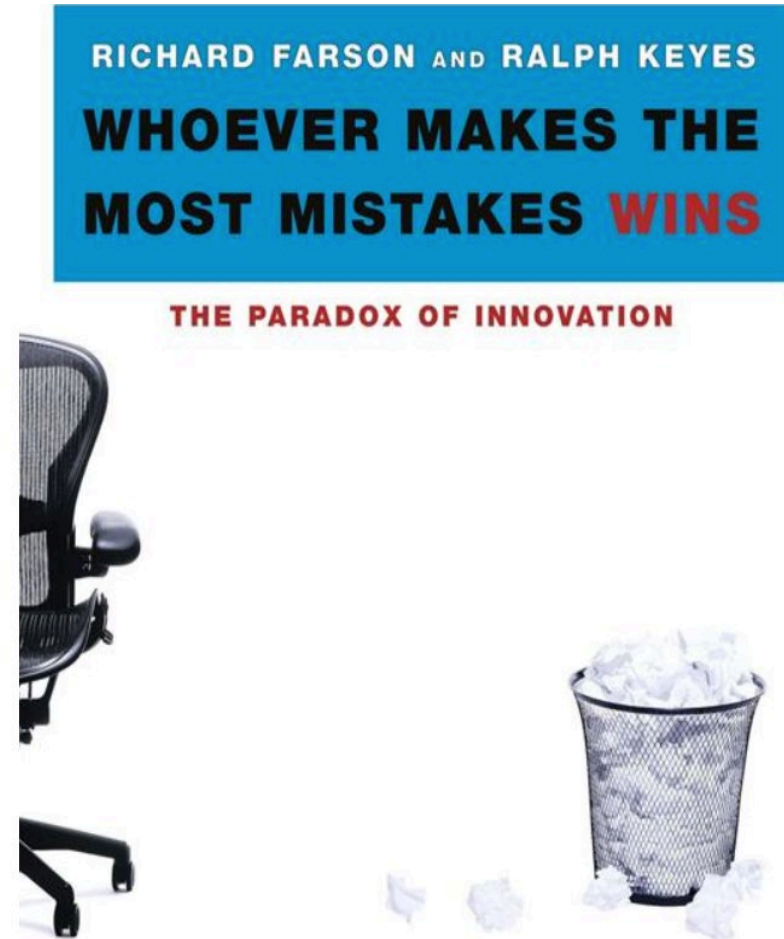
Gli argomenti più diagnostici per stabilire se una squadra si sente al sicuro o minacciosa sono:

- la gestione di errori, guasti e incidenti;
- se la voce e il contributo di tutti sono incoraggiati, riconosciuti e apprezzati;
- se la condivisione delle informazioni e il dibattito sono aperti e non eccessivamente vincolati da differenze di grado, titolo di lavoro, anzianità o altre dimensioni delle disuguaglianze di potere, ad es. età, sesso, razza;
- se il dissenso e la differenza sono incoraggiati e apprezzati;
- dare e ricevere feedback.

IL LEADER TOLLERANTE AL FALLIMENTO

RICHARD FARSON AND RALPH KEYES

...è essenziale in un Gruppo i aggirare il bisogno di resilienza creando un ambiente in cui sia le battute d'arresto che i successi sono trattati come esperienze di apprendimento positive. I leader possono creare un ambiente costruttivo abbattendo le barriere sociali e burocratiche che li separano dai loro seguaci, impegnandosi a livello personale con le persone che guidano, ammettendo apertamente i propri errori e assumendo invece una posizione analitica e non giudicante mentre interagiscono con il personale.



LA CHECKLIST DI UN LEADER PER LA SICUREZZA PSICOLOGICA

Categoria	Ponendo le basi	Invito alla partecipazione	Rispondere in modo produttivo
Compiti di leadership	Inquadra il lavoro -Stabilire aspettative su fallimento, incertezza e interdipendenza per chiarire la necessità di voce Enfatizzare lo scopo -Identificare cosa è in gioco, perché è importante e per chi	Dimostrare umiltà situazionale -Riconoscere le lacune Domanda pratica -fai buone domande -modello di ascolto intenso Impostare Strutture e Processi -Creare forum per l'input - Fornire linee guida per la discussione	Esprimere apprezzamento -Ascolta -Riconosci e ringrazia Destigmatizza il fallimento -Offrire aiuto - Discutere, considerare e fare brainstorming sui passaggi successivi Sanzione Cancella Violazioni
Realizza	Aspettative e significati condivisi	Fiducia che la voce è benvenuta	Orientamento all'apprendimento continuo

Creare una “facilità” al cambiamento

Radiation oncologist David Fryefield, MD
Medical Director Willamette Valley Cancer
Institute (Eugene, OR)

Nel passaggio da una cultura soddisfatta dello status quo a una pronta a cambiare, il “fuoco nella pancia” necessario per realizzare il cambiamento in una organizzazione deve iniziare dall'alto.

I medici sono centrali poiché danno il tono al cambiamento.

Il cambiamento non sarà possibile finché tutti non saranno pronti.

Una metafora per ricordare....

Il sole e il vento stavano litigando su chi fosse il più potente. Videro un uomo che camminava e si sfidarono a vicenda su chi di loro avrebbe avuto più successo nel convincere l'uomo a togliersi il cappotto. Il vento iniziò per primo e soffiò un'enorme burrasca, il cappotto sbatté le ali ma l'uomo chiuse solo tutti i bottoni e strinse la cintura.

Il sole provò dopo e brillò luminoso facendo sudare l'uomo.

L'uomo ha proceduto a togliersi il cappotto.

