



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Igiene Dentale
Presidente: Prof. A. Putignano

**Comunicazione efficace
nella prima interazione paziente-igienista:
individuazione di un protocollo
di trasmissione delle informazioni**

Relatore: Chiar.ma Prof.ssa
Ilaria Zeppi

Tesi di Laurea di:
Chiara Fagioli

A.A. 2019/2020

*“Se non sei capace di comunicare con il paziente,
quello che conosci diventa poco importante.”*

C. Gardner

INTRODUZIONE	3
1.LA COMUNICAZIONE IN AMBITO SANITARIO	7
1.1 Caratteristiche verbali, non verbali e para verbali della comunicazione	7
1.2 I 5 assiomi della comunicazione	11
1.3 I principi della comunicazione in ambiente sanitario.....	13
1.4 Esempi di protocolli di comunicazione.....	16
1.4.1 Il Macy Model	16
1.4.2 La guida Calgary Cambridge.....	19
1.5 L'efficacia delle immagini nella psicoeducazione	27
2. IL PROGETTO DI RICERCA: INDAGINE CONOSCITIVA SUI BISOGNI DI INFORMAZIONE	31
2.1 Obiettivi	31
2.2 Strumenti e canale utilizzato per la somministrazione.....	32
2.3 Soggetti intervistati	33
2.4 Il questionario	33
2.4.1 Struttura del questionario	33
2.4.2 Attese di risposta agli item.....	35
2.5 Metodologia di analisi qualitativa dei risultati	43
3. ESITO DELLA RICERCA E DEFINIZIONE DEL PROTOCOLLO	45
3.1 Analisi dei risultati.....	45
3.2 Definizione del protocollo	63
3.2.1 Premesse	63
3.2.2 Descrizione del protocollo	63
4. CONCLUSIONI	75
BIBLIOGRAFIA	79

INTRODUZIONE

Nel Programma alla Salute 2009-2012 dell'Unione Europea, la comunicazione è riportata come una delle undici competenze chiave per la promozione della salute, sottolineando il suo aspetto essenziale di cui ogni professionista sanitario dovrebbe essere a conoscenza. La comunicazione, caratterizzata da aspetti verbali, non verbali e paraverbali, se riconosciuta nella sua accezione più completa, può rappresentare uno strumento in grado di far entrare il professionista in sintonia con il paziente, migliorando la performance medica e garantendo risposte più adeguate ai bisogni della salute.

In particolare, il presente lavoro si basa sull'idea che il ruolo dell'igienista dentale all'interno di uno studio dentistico sia quello di costituire il tramite principale in grado di trasmettere al paziente tutte le informazioni necessarie per motivarlo alla cura odontoiatrica e per insegnargli la pratica della prevenzione. In genere gli individui si sottopongono regolarmente a sedute di igiene dentale ed è fondamentale che l'igienista sappia instaurare da subito un rapporto di fiducia attraverso l'impiego di una comunicazione chiara. "Se la comunicazione infatti è di qualità, sostenuta cioè da solide competenze comunicative e relazionali, essa rappresenta un pilastro fondamentale per la pratica professionale e per l'erogazione di un'assistenza efficace, appropriata, sicura ed efficiente." (*Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria, 2015*)

Da tali considerazioni nasce il proponimento di questa tesi: quello di determinare, attraverso la creazione di un questionario atto ad analizzare le percezioni dei pazienti

circa il livello di informazione ottenuto dagli odontoiatri-igienisti, la modalità comunicativa più adeguata e flessibile per venire incontro alle singolarità dei pazienti, soddisfare le loro esigenze di informazione, trasmettere nella maniera più armonica ed incisiva le competenze necessarie per costruire un'abitudine alla prevenzione e per incoraggiare la continuità delle visite odontoiatriche e la cura dell'igiene.

Per il questionario sono state create 15 domande basandosi sulla letteratura e le informazioni ottenute dai pazienti in sede di tirocinio. La prima parte del questionario aveva come obiettivo quello di stimare la valenza e la frequenza di utilizzo di alcuni aspetti del linguaggio: tono, ritmo, volume, gestualità, postura. La seconda parte voleva analizzare il grado generale di soddisfazione dei pazienti rispetto alla comunicazione dell'igienista. L'obiettivo del questionario era quello di valutare più in generale l'efficacia della comunicazione inoltrata strettamente dalla figura dell'igienista, con l'idea che, nel corso della compilazione, il soggetto sarebbe stato sempre più preciso nella definizione delle sue esigenze comunicative e informative.

Sulla base delle indicazioni derivate dall'analisi qualitativa delle risposte al questionario è stato delineato un protocollo-guida che fungesse da fondamento di una comunicazione ideale tra paziente ed igienista, con la prospettiva di poter diffondere tale protocollo all'interno degli studi odontoiatrici e garantirne il rispetto in termini quanto più possibile generalizzati.

L'idea della creazione di un protocollo in ambito odontoiatrico si lega alla volontà di dimostrare come il suo utilizzo permetta di non trascurare tutti gli aspetti utili della comunicazione, senza tralasciarne alcuno per fretta o per abitudine.

Il protocollo si snoda lungo tre aspetti: le fasi della prima visita, gli atteggiamenti e gli accorgimenti che l'igienista deve utilizzare durante il suo svolgimento.

La suddivisione, in questo modo, permette di poter utilizzare il protocollo anche successivamente ad una prima visita.

Lo svolgimento del lavoro ha permesso di comprendere che la comunicazione in sanità non può affidarsi alle semplici attitudini soggettive del singolo professionista ma deve diventare oggetto di apprendimento all'interno del curriculum di studio. L'utilizzo di un protocollo su cui basarsi raggiunge l'oggettività necessaria affinché la comunicazione con il paziente sia sempre più chiara. L'oggettività non deve in alcun modo sostituire la soggettività legata ai pazienti, ma deve affiancarsi a questa per fare in modo che la comunicazione oltre che corretta sia anche indirizzata alla persona.

Il professionista non è mai solo di fronte ad un paziente ma ad un individuo con le sue emozioni, le sue paure e le sue esperienze. Cercare di comprenderle e di tenerle in considerazione è la chiave per una cura non solo legata alle condizioni della salute orale ma alla totalità della persona.

1.LA COMUNICAZIONE IN AMBITO SANITARIO

1.1 Caratteristiche verbali, non verbali e para verbali della comunicazione

Le esigenze comunicative vengono comunemente soddisfatte attraverso l'utilizzo del linguaggio. I simboli convenzionali utilizzati nel parlato acquisiscono significato solo se organizzati tra di loro in senso logico, basandosi su regole precise e su una serie di rapporti per cui ogni segno è definito dai collegamenti con gli altri segni. Il linguaggio verbale è abbastanza controllabile, vi prevale il contenuto logico e razionale.

Ma la comunicazione è densa di aspetti del non verbale e del preverbale. Il linguaggio non verbale è un linguaggio semplice e immediato che rafforza o contraddice il linguaggio verbale, è difficilmente controllabile e per questo non adatto a comunicare messaggi complessi. Si esprime attraverso la mimica (espressioni del volto), la cinesica (movenze del corpo) e la prossemica (posizione del proprio corpo rispetto agli altri).

Il linguaggio paraverbale ha a che vedere con il modo di trasmissione del messaggio. È legato all'uso del tono, del volume della voce, la cadenza, l'uso delle pause, dei sospiri, dei sorrisi. È un linguaggio che permette di trasmettere con maggior efficacia il messaggio che vogliamo comunicare al nostro interlocutore e di dare risalto ad un concetto piuttosto che ad un altro. Un buon uso del linguaggio paraverbale, cioè del

modo in cui qualcosa viene detto, consente di migliorare l'efficacia della comunicazione verso un singolo interlocutore o un gruppo.

Sono molti gli studi che hanno sottolineato l'importanza del linguaggio impiegato nella comunicazione in ambito sanitario. (*A. Lazarus, 2013*) I medici utilizzano infatti un linguaggio tecnico che i pazienti non comprendono completamente, (*K.A. Atchison, 2017*) e a volte vi ricorrono appositamente per limitare il coinvolgimento del paziente stesso, in modo da ridurre l'eventualità di ulteriori domande, in particolare quando hanno poco tempo a disposizione oppure può capitare che sopravvalutino il livello culturale del paziente. Se da una parte quindi il professionista può utilizzare un linguaggio più specifico per sua scelta, dall'altra può capitare che il professionista stesso non si renda conto del linguaggio che utilizza.

Durante il colloquio con il paziente una modalità di comunicazione efficace per la trasmissione delle informazioni potrebbe essere quella di organizzare le notizie da dare al paziente per punti, in modo tale da condurlo alla comprensione con gradualità e fugare così i suoi dubbi e le sue paure. Ci sono tre importanti aspetti che devono essere discussi insieme: i sintomi che preoccupano il professionista, quali esami devono essere fatti per chiarire la situazione e quale trattamento può essere necessario.

Normalmente le persone ricordano ciò che credono sia importante e quello che viene detto loro all'inizio e al termine del colloquio. Il medico però può rilasciare informazioni importanti durante tutto il colloquio senza che esse vengano percepite in tal senso dal paziente, che quindi tende a non memorizzarle; informazioni importanti

per il medico possono non esserlo per il paziente (*S. Misra et al., 2013*). In ogni caso è utile sottolineare quello che secondo il medico è di primaria importanza ricordare (“è molto importante ricordare/sottolineare che...”), evitando di dare una grande quantità di informazioni che possono confondere il paziente e alla lunga risultare fuorvianti (*H. Marty, Y. Bogenstatter et al. , 2012*)

È opportuno allora ripetere all’interno del colloquio i punti più importanti, suddividere le informazioni in brevi enunciati e controllare che il paziente abbia compreso il messaggio precedente prima di passare al successivo. Nel fare questo il medico deve stare attento a non risultare troppo autoritario o offensivo (“capisco di averle dato troppe informazioni”; “temo di non essere stato chiaro”, “dunque, riassumendo quello che abbiamo detto finora...”). Bisogna cercare il coinvolgimento del paziente (*S. Kadanakuppe, 2015*) ed offrire varie opzioni piuttosto che direttive, perciò il messaggio deve essere personalizzato, reso comprensibile, le domande incoraggianti, le considerazioni del paziente analizzate, i dubbi, le preoccupazioni, le aspettative valorizzati anche cogliendo segnali non verbali (mi sembra dubbioso: è a causa dell’intervento?).

Wallbott afferma che le reazioni o gli stati emotivi del paziente (*M.V. Ciolacu, 2014*) si riflettono (direttamente e separatamente) anche nelle reazioni motorie o muscolari visibili a livello del corpo, non solo a livello del viso. Ad esempio, fastidio e disagio sono espressi da movimenti a scatti (attivi) mentre la tristezza si manifesta attraverso inattività e lentezza (*J.L. Rosàrio, 2012;2016*).

L'attenzione da parte del medico alla comunicazione verbale fa sì che egli non dia adeguata importanza ai segnali non verbali che accompagnano comunque le sue parole. Sul paziente invece essi svolgono un ruolo fondamentale, rendendolo più o meno disponibile all'ascolto e più o meno propenso a lasciarsi guidare (B. Torrez, C. Wakslak et al., 2019). Normalmente le interazioni non verbali non vengono affrontate, concentrandosi su "cosa dire" piuttosto che "come essere" (H. Riees, G. Kraft-Todd, 2014). Questo concentrarsi sulla comunicazione verbale trascurando il ruolo essenziale che giocano i segnali non verbali nella comunicazione delle emozioni, ha effetti significativi sulla soddisfazione del paziente (M.A. Mazzi et al., 2017- R.M. Hermann et al., 2019) e sui risultati legati allo stato di salute.

Per costruire una buona relazione, soprattutto se si tratta di costruire una buona relazione di cura, va utilizzata una modalità nella quale entrambi i protagonisti siano consapevoli e disposti a costruire insieme qualcosa, "mettendo in comune" quello che sono, che provano, che fanno, che pensano, relativamente a ciò che li ha portati a incontrarsi, pur tenendo conto dei rispettivi ruoli e responsabilità (L.B. Mauksch et al., 2008).

C. Gardner nel 1982 disse: *"Se non sei capace di comunicare con il paziente, quello che conosci diventa poco importante"*, sottolineando l'importanza delle abilità comunicative che rappresentano una vera e propria competenza clinica (C. Dumitriu, 2013) e come tali devono rispondere a degli standard qualitativi certificati. Possedere delle buone skills comunicative significa migliorare la performance medica, essere più soddisfatti del proprio lavoro ed essere più efficaci in relazione ai bisogni di salute del paziente.

1.2 I 5 assiomi della comunicazione

Alcuni principi generali, quali i cinque assiomi della comunicazione di Watzlawick, rimangono la base generale della comunicazione e della relazione fra individui.

Paul Watzlawick, filosofo e psicologo di origine austriaca, esponente della Scuola di Palo Alto e uno degli studiosi più influenti delle teorie della comunicazione umana, dichiara che la comunicazione è un "processo di interazione tra le diverse persone che stanno comunicando" e che "non si può non comunicare".

Ogni processo comunicativo tra esseri umani possiede due dimensioni distinte: da un lato il contenuto, ciò che le parole dicono, dall'altro la relazione, ovvero quello che i parlanti lasciano intendere, a livello verbale e più spesso non verbale, sulla qualità della relazione che intercorre tra loro.

Watzlawick attribuisce alla comunicazione un carattere realistico, cioè la capacità del linguaggio di avere conseguenze sul piano comportamentale nei contesti in cui l'uomo interagisce.

I cinque assiomi della comunicazione sono i seguenti:

1. È impossibile non comunicare. Non esiste azione o parola o silenzio che non ci metta in comunicazione con le persone con cui entriamo in contatto. Se una persona, con i suoi silenzi, la sua indifferenza, mostra la volontà di non comunicare con un altro individuo, sta comunque inviando un messaggio, comunicando di non voler comunicare.

2. Ogni messaggio presenta un aspetto di contenuto (cosa si dice) e uno di relazione (come si dice).
3. La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione fra i comunicanti perché queste determinano le diverse possibilità di interpretazione che un evento comunicativo può avere. Watzlawick ci ricorda che in ogni relazione esiste uno scambio continuo di atti comunicativi, e questo fa sì che ci si influenzi a vicenda continuamente. Ogni comunicazione, infatti, porta con sé contemporaneamente stimolo, risposta e rinforzo.
4. Comunicazione numerica e analogica. Quando gli esseri umani comunicano per immagini o gesti la comunicazione è analogica e riguarda tutto ciò che afferisce alla sfera del non-verbale. Il linguaggio verbale fa parte invece del modulo cosiddetto numerico, o digitale, perché le parole sono dei segni arbitrari che non rappresentano qualcosa di specifico, che non sono correlati con l'oggetto che indicano (la parola che nomina l'oggetto non è l'oggetto: la parola fiore non è il fiore stesso) ma possono essere manipolati da regole linguistiche, sintattiche e lessicali.
5. Relazioni simmetriche e complementari. Ogni comunicazione non soltanto trasmette informazioni, ma esprime una particolare configurazione di relazione, entro la quale si individuano posizioni di potere, gerarchiche o alla pari.

1.3 I principi della comunicazione in ambiente sanitario

Il termine “comunicare” – specialmente in ambito ospedaliero e ambulatoriale - non include esclusivamente la funzione dell’informare, ma altresì quella di cercare di entrare nella sfera cognitiva dell’altro, con lo scopo di pervenire a definizioni di percorso condivise inerenti al trattamento da espletare, nel rispetto della conoscenza e della carica emozionale di chi deve essere informato e curato (*M. Gangale, L. Ghianda, 2020*).

La comunicazione in sanità presenta aspetti molto complessi e delicati proprio per la peculiarità dei soggetti che si trovano a interagire, (*M. J. Hashim, 2017*) il medico e il paziente, e per i contenuti che devono essere passati.

Pertanto non è possibile affidarsi alla spontaneità di procedure e forme comunicative improvvisate o di attitudini solo personali, ma sono necessarie abilità comunicative precise che ogni operatore sanitario deve apprendere. (*I.R. Carvalho et al., 2010*)

Il Dottor Jonathan Silverman, medico di base che durante la sua carriera ha ricoperto il ruolo di Preside di Clinica Medica e Direttore degli Studi sulla Comunicazione presso la Scuola di Medicina Clinica dell’Università di Cambridge, elenca cinque principi fondamentali che dovrebbero essere rispettati nella comunicazione in ambiente sanitario:

- 1) Assicurare l'interazione piuttosto che un processo di trasmissione diretta.

Ciò significa che non è possibile limitarsi a tradurre in termini accettabili, semplici, il messaggio che si vuole dare al paziente, ma bisogna verificare con lui che sia stato

capito, compreso, ricercare cioè un feedback. L'obiettivo è quello di creare un terreno comune di conoscenze e questo significa che la comunicazione non deve essere solo unilaterale, ma che anche lo stesso operatore possa apprendere dal paziente, soprattutto nel momento in cui è il paziente a dare informazioni su sé stesso e sugli eventi intercorsi durante la sua malattia o nel corso della sua storia personale.

2) Ridurre l'incertezza non necessaria.

Il paziente può avere molte incertezze o dubbi di cui alcuni facilmente risolvibili. E' necessario eliminare il più possibile ogni fattore ansiogeno per creare un'atmosfera rassicurante che metta la persona in grado di comprendere al meglio le informazioni ricevute.

3) Pianificare e pensare in termini di risultati.

I professionisti devono ragionare in termini di risultati e quindi la comunicazione avrà un'efficacia se gli obiettivi previsti vengono raggiunti. L'obiettivo finale è la concordanza con il paziente.

4) Dimostrare dinamismo.

Il professionista non può usare sempre le stesse frasi o una modalità identica per tutti i tipi di pazienti ma deve modificare l'approccio in base alla persona che ha di fronte.

5) Seguire il modello elicoidale della comunicazione.

Occorre comprendere che quando si trasmette un messaggio, questo influisce sulla persona, che a sua volta risponde modificando il proprio comportamento e il proprio

approccio, ma la risposta di nuovo produce un cambiamento in ciò che il professionista sta esprimendo, ed è questa modalità elicoidale che porta poi alla concordanza sul piano della cura.

Va ricordato che nel contesto della comunicazione entrano in gioco altri elementi senz'altro da considerare (*Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria, 2015*):

1) Il processo di feedback o di retroazione:

L'emittente (il sanitario) percepisce il messaggio che sta producendo, cioè diventa ricevente del proprio messaggio, nel momento in cui riceve segnali verbali o non verbali di reazione da parte del destinatario (il paziente).

Tale tipo di feedback dà la possibilità all'emittente di valutare e correggere la forma del messaggio emesso.

2) Il rumore, cioè tutto ciò che potrebbe disturbare la comunicazione, qualunque sia la natura del disturbo:

- Legato all'emittente (es. lingua straniera)
- Legato al canale o mezzo di trasmissione (telefonico, per mail, in presenza)
- Legato al contesto (qualsiasi disturbo proveniente dall'esterno e che impedisca la comprensione totale del messaggio)

3) La ridondanza.

La ripetizione della stessa informazione può favorire la ricezione del messaggio, ma va sempre ben calibrata per non condurre ad assuefazione, diventando così controproducente. La ripetizione della stessa informazione può essere attuata attraverso diverse modalità, codici o media diversi, che rendono il messaggio più chiaro.

La “buona comunicazione” in ogni caso permette di stabilire con il paziente un’efficace relazione che si riverbera positivamente sul processo terapeutico, perché permette innanzitutto di stabilire una “alleanza terapeutica” cioè una collaborazione attiva tra professionista e paziente basata sulla fiducia e sull’accettazione reciproca, sull’empatia e sul coinvolgimento. (R.Z. Pinto et al., 2012) La comunicazione influenza positivamente gli “esiti” del percorso di cura, la compliance, l’appropriatezza delle prestazioni, limitando il ricorso alle pratiche difensive nonché riducendo i contenziosi legati a incomprensioni e conflittualità. (M. Gorney, 1999)

1.4 Esempi di protocolli di comunicazione

1.4.1 Il Macy Model

Pochi corsi in ambito sanitario prevedono l’insegnamento di materie inerenti alle tecniche di comunicazione, e i corsi che li prevedono inseriscono queste materie nell’arco dei primi anni, quando ancora gli studenti sono ben lontani dal poterle mettere in pratica. La New York University School of Medicine, la Case Western Reserve University School of Medicine e la University of Massachusetts Medical

School, tre tra le più importanti università americane, nel 1999 hanno partecipato allo sviluppo di un protocollo comunicativo, lavoro finanziato dalla Josiah P. Macy, Jr. Foundation ed indicato come Macy Initiative in Health Communication. (*A. Kalet, et al., 2004*)

Il Macy Model (figura 1) consta di 8 fasi (*V. De Crescenzo, M. Manini, 2017*):

1. L'incontro con il paziente va curato in tutti i suoi dettagli. Il medico si prepara ad accogliere e a ricevere il paziente ancora prima del suo arrivo, studiando - se li ha già a disposizione - cartella clinica, esami di laboratorio e strumentali, e creando un ambiente confortevole, privo di distrazioni. Il medico deve predisporre a concedere al suo paziente del tempo che sia di qualità, sgombrando la sua mente da ogni altro impegno o preoccupazione e pregiudizio.
2. Inizio dell'incontro: dare il benvenuto al paziente, presentarsi, calibrare il proprio linguaggio in base al paziente che si ha di fronte (può essere importante in questa fase specificare quanto tempo si ha a disposizione, affinché anche l'interlocutore stabilisca le proprie priorità, le necessità che sente il bisogno di soddisfare nel lasso di tempo reciprocamente concesso).
3. Raccolta delle informazioni
4. Stimolare e capire la prospettiva del paziente
5. Esame obiettivo, con la finalità di far sentire il paziente parte attiva, (basta una semplice domanda apparentemente retorica quale "posso visitarla?");

spiegare con parole semplici la procedura che si sta per eseguire indicando per esempio quanto tempo durerà oppure se sarà dolorosa.

6. Condividere le informazioni con il paziente utilizzando un linguaggio comprensibile, illustrando eventuali opzioni di trattamento e incoraggiandolo a porre domande.
7. Negoziare le proposte terapeutiche: esaminare gli eventuali problemi che possono presentarsi, delineare varie opzioni, verificare la disponibilità del paziente nel seguire il piano, identificare risorse e supporti.
8. Saluto finale.

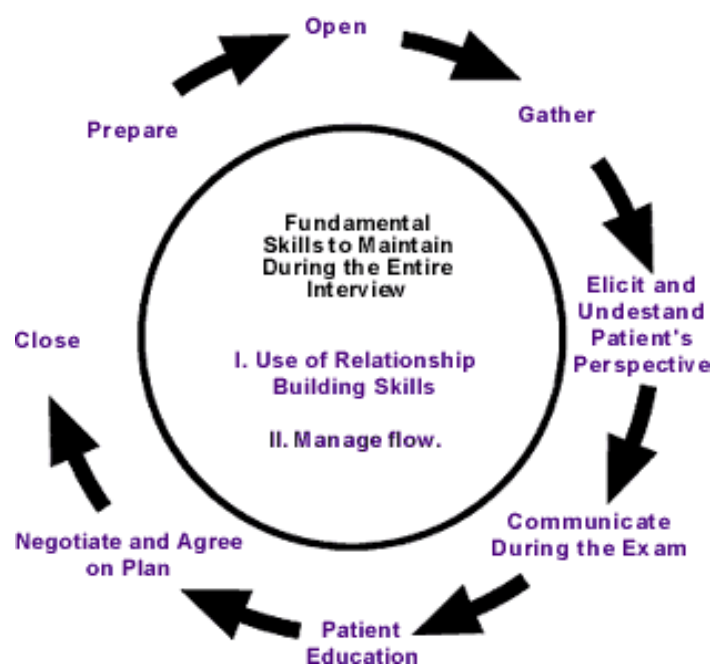


Figura 1. Schema del Macy Model

Il Macy Model può essere adattato e utilizzato ad ogni incontro medico-paziente partendo da una prima visita fino ad un abituale controllo ambulatoriale, può essere usato per svolgere un colloquio con i familiari, può essere applicato anche per un contatto telefonico o una comunicazione via e-mail. Può servire per acquisire consenso informato e per comunicare una cattiva diagnosi.

Numerosi studi (*P.M. Ruberton et al., 2016; S. Rees, 2009*) hanno confermato l'importanza della comunicazione tra medico e paziente, capace di influenzare anche in termini qualitativi l'assistenza. È stato dimostrato come una raccolta anamnestica corretta fornisca fino all'80% delle informazioni necessarie per fare diagnosi. (*C. Becker; S. Hunziker, 2019*) Stabilire una buona comunicazione medico-paziente permette di stabilire un patto di cura, rendere il paziente attivo nel suo processo di guarigione, influenzare l'outcome clinico, migliorare l'aderenza terapeutica (*P.A. Barrier, J.T.C. Li et al., 2003*).

La comunicazione medico-paziente proposta, per essere correttamente applicata e quindi efficace, deve essere eseguita secondo una metodologia - passo dopo passo - proprio come si esegue qualsiasi altra procedura medica; ecco spiegato il perché la procedura comunicativa suggerita dal Macy Model si basa proprio su una successione di fasi.

1.4.2 La guida Calgary Cambridge

Esistono già in letteratura alcuni protocolli stilati per la comunicazione in ambito sanitario, che non risultano essere specifici per un dato ambiente come quello odontoiatrico ma che sono facilmente adattabili.

Un esempio di procedura d'applicare è quella fornita dalle linee guida Calgary Cambridge (*J.D. Silverman, S.M. Kurtz, 1996*) le quali descrivono competenze e passaggi chiave per realizzare un'efficace comunicazione in ambito sanitario.

Alla fine degli anni 90' Silverman, Kurtz e Draper proposero la Calgary Cambridge Guide (CCG) come strumento formativo concreto, conciso e accessibile per l'insegnamento e l'acquisizione di tecniche comunicative in ambito medico. La CCG si basa su vari diagrammi che rappresentano le fasi che si susseguono durante il dialogo medico-paziente, consentendo che competenze biomediche, esame fisico e capacità comunicative si integrino in un unico metodo clinico omnicomprensivo. (*L. Sammiceli, C. Nozzoli, 2017*)

Tra gli obiettivi generali che la guida si pone c'è quello di migliorare l'efficienza della comunicazione, ed è fondata su un approccio orientato alla persona.

Essa prevede le seguenti fasi da soddisfare nel corso della visita al paziente:

- inizio sessione
- ricerca delle informazioni
- costruzione della relazione
- spiegazione e pianificazione
- fine della sessione.

1. Iniziare la sessione significa accogliere il paziente e identificare le ragioni della visita, il motivo per cui è venuto.

Gli obiettivi iniziali sono: supportare il paziente, comprendere lo stato emotivo della persona, identificarne i problemi e le motivazioni che lo hanno spinto alla visita.

In questo contesto è importante sviluppare una relazione orientata alla persona. Accogliere una persona significa farla sentire a proprio agio, e questo comporta già una certa difficoltà dal momento che la comunicazione avviene in un ambiente ambulatoriale/ospedaliero.

Per prima cosa, salutare sempre il paziente. Se si tratta di una prima visita è importante introdurre sé stessi e chiarire il proprio ruolo per rimuovere eventuali incertezze da parte del paziente. Dimostrare interesse quando il paziente parla, questo significa non dargli le spalle o non fare altro di complesso o distraente che possa far apparire il professionista disinteressato.

Altro aspetto essenziale è quello di mettere il paziente a suo agio, tenere in considerazione eventuali aspetti che possano infastidirlo (porta aperta o chiusa, radio in sottofondo, aria condizionata accesa o spenta).

Una volta accolto il paziente, bisogna identificare le ragioni della visita. Le dimensioni da analizzare sono il contesto e l'elemento narrativo che contraddistingue in maniera unica quella persona e che ha a che fare con la storia personale. È importante capire quali sono le idee e le impressioni che il paziente si fa, sbagliate o vicine alla realtà, così come anche le aspettative del

paziente nei confronti del professionista. Altra dimensione da tenere in considerazione è quella in merito ai desideri e alle preoccupazioni, in sostanza i possibili sentimenti del paziente.

2. La seconda fase riguarda la ricerca delle informazioni utilizzando le skills comunicative, in particolare per capire le ragioni per cui il paziente si è recato in studio.

Le skills principali sono:

- domande di apertura
- ascolto attivo
- screening.

È bene che la comunicazione si apra sempre con una domanda aperta attraverso la quale il professionista lasci la parola al paziente.

Ogni domanda può presentare sia aspetti positivi che negativi (es. la domanda “come va?” cela il rischio di non riuscire a capire il vero problema che ha indotto il paziente alla visita, mentre “come posso aiutarla?” è una domanda più esplicita, ma potrebbe limitare il discorso solo a questioni tecnico-mediche).

Per quanto riguarda l’ascolto attivo, si tratta di una “dichiarazione di apertura”: il paziente esprime le sue motivazioni, le idee, le proprie impressioni, le aspettative e i desideri, e per chi sa valutare entrambi i linguaggi esprime anche sentimenti non detti. Importante in questa fase da parte del

professionista è non interrompere mai il paziente, e assicurarsi che questo abbia finito prima di prendere la parola. Per un professionista imparare ad ascoltare senza interrompere il paziente è la parte più difficile. (*M.K. Marvel, M.R. Epstein et al., 1999*) Far completare al paziente la dichiarazione di apertura evita che alla fine della seduta il paziente riferisca al dottore di essersi dimenticato qualcosa da dire.

La causa più frequente di interruzione è la domanda chiusa, che solitamente scatta, da parte del medico, di fronte alla prima preoccupazione esternata dal paziente. Si tratta di un errore perché il paziente potrebbe avere più di un problema e, se viene interrotto focalizzando la sua attenzione solo sul primo, potrebbe eludere gli altri.

Se le domande sono chiuse il paziente svolge un ruolo passivo, la domanda aperta invece lascia spazio al paziente, che può in questo modo fornire ulteriori informazioni.

In questa fase quindi le abilità comunicative più rilevanti sono:

- il silenzio,
- il rispetto dei tempi d'attesa per assicurarsi che il paziente abbia terminato di esprimere la sua "dichiarazione di apertura",
- l'uso di espressioni facilitanti, cioè che incoraggino il paziente a continuare (eco, riassunto, parafrasi),

- le abilità non verbali, che possano incoraggiare il paziente mostrandogli che c'è interesse nei confronti di ciò che dice. come movimenti di incoraggiamento, espressioni affermative del volto, atteggiamento rilassato ed empatico,
- l'attenzione nei confronti di indizi verbali e non verbali rivelatori delle emozioni dell'altro in qualunque modo siano espresse.

Dopo l'ascolto attivo c'è la fase dello screening, per vedere se c'è altro o se il paziente ha realmente finito. Importante in questo caso è usare sempre domande positive come "c'è altro?", piuttosto che "c'è nient'altro?".

Con quest'ultima operazione termina la fase della raccolta delle informazioni.

3. La terza fase è quella della creazione della relazione, in cui il medico cercherà di esplorare i problemi del paziente cercando di porsi dal suo punto di vista e successivamente di fornire al paziente quella che sarà la struttura della visita. Tutto questo perché al centro del rapporto deve esserci sempre la persona.

Esplorare i problemi significa comprendere la prospettiva biomedica del paziente, per assicurarsi di avere un terreno comune da cui partire. È in questa fase che possono emergere le false credenze del paziente. Il fatto che emergano è già segno di una buona comunicazione. La prima cosa che il professionista deve fare in questo caso è quella di legittimare l'idea, che non significa condividere ma accettare la visione del paziente. Questo è un aspetto fondamentale per non creare una barriera tra il professionista ed il paziente.

Per legittimare il punto di vista del paziente possono essere usate frasi come: "Ah, molte persone in effetti mi hanno detto la stessa cosa", oppure "Comprendo che in questi casi si possa pensare..." a cui però deve seguire l'espressione "tuttavia...", come introduzione al punto di vista del medico. Una spiegazione senza legittimazione, infatti, non è quasi mai accolta dal paziente, ed è per questo che è richiesto uno sforzo da parte del professionista per stopparsi, informando correttamente il paziente senza porsi in atteggiamento di superiorità.

Un altro aspetto importante in questa fase è quello di saper passare dalle domande aperte alle domande chiuse, infatti la domanda aperta permette una rielaborazione più appropriata poiché in questo modo il paziente si sente più accolto, ma nella fase della ricerca delle informazioni entrano in gioco anche le conoscenze del professionista che deve iniziare ad elaborare una diagnosi, ed è in questa fase che vengono introdotte le domande chiuse per limitare il campo di ricerca ed iniziare ad approfondire aspetti più tecnici.

4. La quarta fase è quella di spiegazione e di pianificazione. E' la fase fondamentale per la visita medica, infatti è il momento in cui si forniscono la giusta quantità e qualità delle informazioni al paziente, lo si aiuta a raggiungere una comprensione della situazione (comprensione condivisa che incorpori anche la prospettiva del paziente) e si pianifica il percorso terapeutico.

5. La quinta fase riguarda il modo di congedarsi. Quasi sempre è il medico che decide quando il colloquio deve terminare avendo avuto cura di essere il più esaustivo possibile. Al termine dell'incontro i problemi comunicativi sono dovuti spesso a mancanza di tempo. Può capitare per esempio che solo alla fine dell'incontro il paziente si decida a riferire qualcosa di rilevante o ci si accorga che elementi importanti siano stati tralasciati nelle fasi precedenti.

Prima di salutare il paziente è dunque fondamentale per il medico:

- riassumere brevemente quanto detto;
- concordare un piano diagnostico e terapeutico;
- ribadire gli steps che il paziente e il medico dovranno compiere;
- stabilire il successivo appuntamento;
- chiarire le possibili complicanze a cui il paziente può andare incontro, in modo che non si senta impreparato al loro verificarsi;
- specificare il comportamento più corretto da tenere nel caso in cui qualcosa non dovesse andare come previsto.

Questo riepilogo sarà fondamentale nella fase di verifica, per comprendere se il paziente ha compreso e condiviso pienamente quanto proposto, per porre ancora domande, se necessario, apportare modifiche e discutere problemi qualora ce ne fossero. Bisogna porre attenzione al momento in cui si va a spiegare la terapia domiciliare, controllando che il paziente abbia correttamente recepito.

1.5 L'efficacia delle immagini nella psicoeducazione

Le informazioni trasmesse al paziente, specialmente le più complesse, devono e possono essere semplificate ed arricchite in molteplici modi, aiutandosi con modelli, materiale illustrato, filmati o diagrammi. Questo non significa sostituire il colloquio medico ma renderlo più comprensibile al paziente, che prima consulterà il materiale e in questo modo sarà in grado di formulare una serie di domande da porre al professionista durante l'incontro.

I materiali audiovisivi svolgono un ruolo fondamentale nel contesto dell'educazione (*S. Dash et al., 2015*), dell'assistenza e del trattamento clinico, poiché sembrano avere un forte impatto sulla consapevolezza del pubblico e sono in grado di comunicare messaggi difficili in modo veloce, positivo e creativo (*C. Reigada, 2019*).

Essi possono rappresentare anche un mezzo di comunicazione vero e proprio nel momento in cui si presentino barriere linguistiche, che rendono difficile al paziente farsi capire e al medico spiegarsi.

Sfortunatamente in letteratura sono pochi gli studi inerenti all'utilizzo di immagini o materiale audiovisivo come strumento di ausilio alla tradizionale modalità di comunicazione medico-paziente in ambiente odontoiatrico.

Uno studio del 2017 (*R.B. Mboizi et al., 2017*) però ha dimostrato come l'utilizzo di materiale audiovisivo, di immagini e pannelli, abbia reso più facile la comunicazione riguardante la profilassi vaccinale in Gambia e come la maggior parte dei partecipanti

a questo studio, pur appartenendo alla classe analfabeta, abbia compreso chiaramente le informazioni rilasciate.

Le immagini come strumento di comunicazione infatti risultano essere ancora più efficaci nei paesi caratterizzati da una bassa alfabetizzazione sanitaria (*D. Schubbe et al., 2020*)

Ancora, uno studio del 2019 (*L. Prieto-Pinto et al., 2019*) ha utilizzato materiale audiovisivo come strategia di comunicazione nella psicoeducazione rivolta ai pazienti. I videoclip sulla salute materna e neonatale si sono dimostrati efficaci nel trasferimento e nella comprensione delle informazioni.

L'immagine, avvalendosi del codice visivo, non solo ha un impatto maggiore rispetto alle parole, ma permette al paziente di comprendere quale effettivamente sia la situazione in cui versa (*A. Krasnoryadtseva, 2020*) e quali potrebbero esserne le evoluzioni future. In ambito odontoiatrico, per esempio, il termine *parodontite* risulta essere di scarso impatto se tradotto in una descrizione scientifica, bensì l'immagine che prospetti le strutture interne del dente, la loro degenerazione e il loro coinvolgimento nell'insorgenza di altre problematiche a livello sia locale che sistemico, fornirebbe decisamente un impatto visivo più forte e più incisivo in termini di apprendimento e di prevenzione.

Un'immagine efficace dovrebbe essere creata in base a dei criteri ben precisi (*P.S. Houts et al., 2005*):

- chiedendosi come possa essere utilizzata per supportare i punti chiave dell'apprendimento
- riducendo al minimo i dettagli che potrebbero distrarre il soggetto
- usando un linguaggio semplice che la accompagni
- collegandola strettamente al testo e/o alle didascalie
- tenendo in considerazione l'opinione dei soggetti a cui l'immagine potrebbe essere rivolta, facendoli quindi partecipare alla progettazione
- chiedendo agli operatori sanitari stessi di pensare le immagini, non a meri disegnatori
- confrontando la risposta del paziente ad un materiale informativo corredato oppure no di immagini.

Studi in letteratura (*D.L. Yeung et al., 2016; E.A. Abrar et al., 2020*) riportano come l'ausilio di sistemi audiovisivi abbia incrementato notevolmente la compliance del paziente, in particolare in rapporto all'aderenza ai farmaci.

Combinando la consulenza personalizzata con strumenti multimediali infatti sono stati prodotti cambiamenti positivi in merito all'aderenza ai farmaci (*A.J. Linn et al., 2018*). Questo significa che la tecnologia potrebbe contribuire in modo significativo alla capacità degli operatori sanitari di adattare le informazioni rendendole più utili alle esigenze dei pazienti: strumenti multimediali ben progettati possono aiutarli nell'elaborazione cognitiva e migliorarne la capacità di apprendimento in tempi più brevi.

2. IL PROGETTO DI RICERCA: INDAGINE CONOSCITIVA SUI BISOGNI DI INFORMAZIONE

2.1 Obiettivi

Molti professionisti sanitari sacrificano il tempo dedicato ad instaurare una giusta relazione comunicativa col paziente a favore della gestione prioritaria delle attività organizzative extra-cliniche e cliniche (C. Teutsch, 2003), erogando la terapia prima ancora di aver avviato un rapporto collaborativo con il paziente.

Lo scopo del presente lavoro è stato pertanto quello di costruire e somministrare un questionario atto ad indagare quali aspetti della comunicazione dell'igienista siano ritenuti validi dalla popolazione generale ai fini della costruzione delle prime fasi della relazione e ai fini dell'interiorizzazione delle informazioni fornite, e quali siano invece ritenuti invalidi a tal punto da disincentivare le pratiche di igiene; inoltre, si è voluto testare quali siano i bisogni prevalenti nella popolazione in relazione alla natura delle informazioni fornite e al modo in cui vengono trasmesse, al fine di un loro più facile apprendimento e di una loro maggiore stabilizzazione nel tempo.

Si ritiene infatti che esistano aspetti della comunicazione imprescindibili per garantire la creazione di un rapporto tra odontoiatria/igienista e paziente basato sulla comprensione e sulla fiducia.

Una volta individuati tali aspetti, ho ipotizzato la possibilità di delineare un protocollo di comunicazione flessibile che offra sostegno all'igienista nella conduzione della relazione con il paziente, sia in prima seduta che continuativamente nel corso degli incontri.

2.2 Strumenti e canale utilizzato per la somministrazione

Per la raccolta dei dati utili all'indagine è stato creato un questionario, a partire dall'ipotesi che certi professionisti diano per scontate determinate informazioni o si preoccupino più dell'erogazione della terapia che di comunicarla; ciò potrebbe determinare significative incomprensioni tali da rendere inabile il paziente sia a comprendere il suo stato di salute orale sia ad accettare la terapia che gli viene proposta. Le domande sono state selezionate per essere proposte progressivamente secondo una sequenza di maggior approfondimento.

Il questionario è stato pubblicato online attraverso un link condiviso su Facebook, Instagram e WhatsApp ed è stato reso visibile alla popolazione generale come un sondaggio conoscitivo sui bisogni informativi dell'utenza odontoiatrica.

Del questionario era stata creata anche una versione cartacea da sottoporre ai pazienti della clinica universitaria durante il tirocinio. Per via dell'emergenza sanitaria legata al SARS CoV-2 non è stato possibile riprendere l'attività in clinica e pertanto il questionario è stato divulgato solamente online.

Il questionario è rimasto attivo online per 30 giorni permettendo di ricavare 600 compilazioni.

2.3 Soggetti intervistati

È stato deciso di somministrare il questionario a soggetti di età superiore o uguale ai 13 anni e di suddividerli secondo le seguenti fasce:

- Da 13 a 19 anni
- Da 20 a 30 anni
- Da 31 a 50 anni
- Da 51 a 65 anni
- Oltre i 66 anni

Le fasce sono state individuate presupponendo un cambiamento del soggetto nel tempo sia dal punto di vista fisiologico che in termini di esigenze relazionali.

Nella prima fascia di età dal punto di vista fisiologico ad es. il soggetto affronta la pubertà con cambiamenti ormonali che si ripercuotono anche a livello della salute del cavo orale, mentre dal punto di vista relazionale è il momento in cui il paziente inizia a recarsi da solo alle sedute e ad acquisire più autonomia.

2.4 Il questionario

2.4.1 Struttura del questionario

QUESTIONARIO					
Età?	13-19	20-30	31-50	51-65	oltre i 66
Sesso?				M	F
Con che frequenza si reca in uno studio dentistico?		meno di 1 volta	1 volta l'anno	2 volte l'anno	più di 2 volte
In una scala da 1 a 5 dove 1 significa "molto poco collaborante" e 5 "molto collaborante" dove si collocherebbe?	1	2	3	4	5
Quanto comprende quello di cui il suo/a dentista o igienista dice?	1	2	3	4	5
Secondo lei quanto influisce, su ciò che viene detto, il tono?	1	2	3	4	5
Secondo lei quanto influiscono, su ciò che viene detto, la mimica facciale e la postura?	1	2	3	4	5
Uscito dalla seduta quanto di quello che le è stato detto si ricorda?	1	2	3	4	5
Quanto crede che potrebbe essere utile se le raccomandazioni dette a voce fossero anche scritte per poterle consultare in caso di necessità?	1	2	3	4	5
Dopo o prima della seduta, cerca informazioni su internet o si confronta con altri?		no	a volte	spesso	si
Quanto sente che il trattamento terapeutico viene adattato alle sue esigenze/abilità?	1	2	3	4	5
Ha piacere che l'igienista dentale dia indicazioni su altri aspetti della salute?				si	no
Quanto l'igienista si assicura che lei abbia compreso ciò di cui si è parlato?	1	2	3	4	5
Quanto crede che il/la suo/a igienista utilizzi la tecnica "tell-show-do"?	1	2	3	4	5
Le piacerebbe che il/la suo/a igienista utilizzasse immagini per accompagnare la descrizione della sua situazione orale?				si	no

Figura 2 Questionario

Nelle domande su scala Likert in relazione alle quali veniva chiesto di attribuire un valore da 1 a 5 è stato scelto di utilizzare un cursore mobile piuttosto che i cinque valori fissi perché sarebbe stato più facile ricavare dati statistici affidabili e per i partecipanti non sarebbe pesato il condizionamento dettato dal singolo valore.

Il questionario è stato suddiviso in tre parti.

La prima riguardava il paziente, il rapporto che ha con lo studio odontoiatrico e la percezione che ha di sé in relazione al suo comportamento durante la visita.

La seconda si basava sulla relazione tra igienista-odontoiatra e paziente per individuare quanto influisse sull'efficacia del loro rapporto la comunicazione non verbale.

La terza parte riguardava solo la figura dell'igienista dentale e la sua abilità di trasmettere informazioni (aspetti del cavo orale correlati alla salute dell'intero organismo, corretta igiene orale domiciliare, conseguenze della malattia parodontale, influenza dell'alimentazione, stati di infiammazione, ipersensibilità) e rendersi flessibile in relazione alle esigenze del singolo.

2.4.2 Attese di risposta agli item

Domanda 1 (età)

Per le motivazioni sopra citate, il questionario è stato distribuito online, quindi, pur essendo state inserite varie fasce di età, ci si aspettava una superiore partecipazione di adolescenti e giovani adulti, maggiori fruitori del web.

Domanda 2 (sesso)

In relazione alla domanda sul sesso, non ci si attendeva una probabilità di risposta sottesa da disparità nel genere.

Domanda 3 (con che frequenza si reca in uno studio dentistico)

Questa domanda doveva servire per valutare la periodicità delle visite di un soggetto in uno studio odontoiatrico. Comprendere la frequenza con cui un paziente si reca nello studio dentistico è importante per capire come dosare le informazioni e che tipo di comunicazione utilizzare. Era attesa una frequenza non regolare che renderebbe quindi una qualsiasi visita un momento cruciale per spiegare al paziente l'importanza dei controlli periodici.

Domanda 4 (in una scala da 1 a 5 dove 1 sta per “molto poco collaborante” -durante la seduta ho bisogno di fare delle pause, non seguo le indicazioni che mi vengono date...- e 5 “molto collaborante” -seguo sempre le indicazioni ricevute, rispondo sinceramente alle domande che mi vengono fatte...-, dove si collocherebbe?)

Con difficoltà un paziente riconosce di essere “non collaborante”, per questo si è cercato di evitare massimamente l'accezione negativa e si è preferito inserire il significato del termine per meglio facilitare la comprensione ed ottenere un dato quanto più informativo. Nonostante questi accorgimenti ci si attendeva un riferimento di collaborazione da parte della popolazione.

Domanda 5 (quanto comprende quello di cui il dentista o igienista dice)

Domanda 6 (quanto influisce su ciò che viene detto il tono)

Domanda 7 (quanto influiscono, su ciò che viene detto, la mimica facciale e la postura)

Con queste tre domande il questionario si poneva l'obiettivo di capire se i pazienti fossero a conoscenza dell'importanza della comunicazione paraverbale (*M.S. Mast, 2007*) e dei suoi effetti sulla comunicazione in generale. Non sempre infatti si è consapevoli che in una conversazione, dove il messaggio verbale non coincide con il messaggio paraverbale e non verbale, le informazioni che vengono acquisite tramite le parole rappresentano solo il 7% della totalità della conversazione a differenza del tono della voce che ha una rilevanza del 38% e del linguaggio espressivo e gestuale che hanno una rilevanza del 55%.

Lo stesso professionista della salute può non essere a conoscenza di queste informazioni e involontariamente trasmettere messaggi ambigui. L'abilità sta proprio nel conoscere e utilizzare nella maniera corretta i messaggi non verbali per andare a rafforzare quello che è il messaggio verbale rivolto al paziente.

Ci si aspettava che il paziente fosse più consapevole dell'influenza del tono rispetto all'influenza della mimica facciale e della postura.

Domanda 8 (uscito dalla seduta quanto di quello che le è stato detto ricorda)

L'alfabetizzazione sanitaria (*M.D. Macek et al., 2010*), ovvero la capacità di un cittadino di ottenere, elaborare e comprendere informazioni sanitarie di base per

poter effettuare scelte consapevoli, contribuisce significativamente sulla cura della salute orale (*J. K. Baskaradoss, 2018*), ma è impossibile da determinare se l'odontoiatra o l'igienista non comunicano nella maniera adeguata e se i pazienti hanno difficoltà a comprendere ciò di cui si sta parlando. Una cattiva comunicazione potrebbe portare anche ad una probabilità maggiore di dilazione nel tempo o di riduzione delle visite periodiche da parte di chi non si è sentito ascoltato o compreso. La cosa migliore sarebbe abbandonare l'utilizzo di un linguaggio tecnico là dove è possibile e assicurarsi che il paziente abbia compreso la sua situazione orale.

Il paziente deve essere al centro della comunicazione ed il professionista della salute deve essere in grado di personalizzare le informazioni in modo tale che siano comprensibili e pertinenti per ogni singolo paziente. Un primo passo è sicuramente quello di ascoltare il paziente attentamente e dargli spazio (*J. W.Y. Kee, H.S. Khoo et al., 2018*).

Ci si attendeva che la risposta si attestasse per lo più intorno a valori medi.

[Domanda 9 \(utilità delle raccomandazioni scritte per poter essere consultate a necessità\)](#)

Il paziente stesso può sentirsi più sicuro se possiede delle informazioni da consultare in un momento di indecisione.

Ci si attendeva che il paziente desse il consenso a ricevere informazioni scritte.

[Domanda 10 \(dopo o prima della seduta cerca informazioni su internet o si confronta con altri\)](#)

L'accortezza da parte del professionista della salute, può evitare che si sfoci nella ricerca autonoma di informazioni su internet. Per quanto infatti quello del web è sicuramente uno strumento importante e molto utile, esso non sempre permette di fare chiarezza, soprattutto in ambito medico. Sarebbe meglio quindi prevenire che il paziente attivi ricerche in autonomia fornendogli tutti i mezzi necessari per cui, a meno che non sia volontà del paziente stesso, non ci sia la necessità di consultare informazioni derivanti da altre fonti.

Per questa domanda si prevedeva una percentuale maggiore della stima "a volte". Ci si aspettava che molti pazienti cercassero informazioni su internet o si confrontassero con conoscenti nel momento in cui la comunicazione non fosse stata chiara all'interno dello studio dentistico.

[Domanda 11 \(quanto sente che il trattamento terapeutico è adattato alle sue esigenze/abilità\)](#)

Come è stato citato in precedenza, è in costante espansione la tendenza da parte della popolazione a informarsi sui temi della salute (alfabetizzazione sanitaria), soprattutto tramite internet (e-Health) (*M. Cassetta, 2014*).

In questo modo i pazienti hanno a loro disposizione molte informazioni che spesso poi rielaborano in modo distorto o generico per cui l'odontoiatra o l'igienista si trovano a relazionarsi con persone che hanno acquisito una precisa idea della propria situazione clinica e manifestano forti inclinazioni a favore di una terapia piuttosto che di un'altra, in modo del tutto autonomo rispetto al parere medico. È importante in una realtà di questo tipo saper trasmettere la giusta autorevolezza della

figura professionale rispondendo adeguatamente alle obiezioni e alle osservazioni del paziente ma allo stesso tempo saper mostrare doti di flessibilità che portino il paziente a sentirsi ascoltato e interpellato riguardo la progettazione del trattamento terapeutico, al fine di poter arrivare ad un punto d'incontro tra le competenze cliniche del professionista e le esigenze del paziente. (S.A. *Fathima*, 2019)

Nella realtà accade che il professionista non ha la pazienza o il tempo di spiegare al paziente perché le sue ricerche o affermazioni non sono del tutto corrette, e questo “rifiuto” ad un dialogo aperto potrebbe creare una barriera comunicativa. Una spiegazione affrettata e non supportata da chiarificazioni più approfondite quasi mai è accolta dal paziente.

Ci si attendeva per questi motivi una percentuale medio-alta di risposte che mettessero in evidenza l'insoddisfazione del paziente.

[Domanda 12 \(ha piacere che l'igienista dentale dia informazioni su altri aspetti della salute\)](#)

Questa domanda si fa interprete di una “visione olistica” (dal greco “olos” = tutto, intero) della salute, una visione cioè che non si sofferma a prendere in esame il singolo sintomo o la singola patologia, ma che tende sempre a considerare la persona nella sua interezza. L'idea che viene sottintesa è che intercorra un legame tra lo stato della salute orale e il benessere psico-fisico della persona e che ristabilendo l'uno si possa agire sull'altro.

Rispetto a questa domanda ci si attendeva un consenso positivo, dal momento che ormai la visione olistica della salute viene sempre più divulgata a livello mediatico ma meno seguita a livello ambulatoriale-ospedaliero.

Domanda 13 (quanto l'igienista si assicura che abbia compreso ciò di cui si è parlato)

In ambiente medico si tende spesso a dare per scontati un determinato tipo di linguaggio o delle procedure che ormai, per il professionista, sono di utilizzo quotidiano. Difficilmente il paziente esprime spontaneamente le proprie difficoltà di comprensione rispetto a quanto ascoltato. Deve essere l'igienista quindi a dover porre domande, anche articolate in modo diverso, fino ad ottenere la certezza che il paziente abbia compreso ciò di cui si sta parlando. Il processo di comunicazione infatti si può definire completo solo se si ottiene un feedback da parte del destinatario (*S. Kadanakuppe, 2015*). Il problema può essere eliminato a monte con l'utilizzo di frasi semplici e chiare, prive di tecnicismi o terminologia scientifica, adattabili ad ogni paziente.

Ci si attendevano percentuali medio-alte di risposte che rivelassero l'omissione della raccolta del feedback da parte dell'igienista. Questo soprattutto perché il tempo a sua disposizione negli studi odontoiatrici non è sempre sufficiente per portare avanti sia una procedura di igiene orale professionale completa sia un discorso di prevenzione e corretta trasmissione delle informazioni. Talora sono gli stessi pazienti che, non comprendendo l'importanza della corretta spiegazione delle tecniche da utilizzare a casa per una corretta igiene orale, si lamentano per il troppo tempo dedicato alle "chiacchiere" piuttosto che all'espletamento del trattamento.

Domanda 14 (quanto l'igienista dentale utilizza la tecnica del "tell-show-do" - prima viene spiegata la tecnica consigliata, poi mostrata praticamente e infine fatta eseguire al paziente per assicurarsi che abbia capito-)

Questa tecnica -che molto spesso è utilizzata solo nell'ambito della pedodonzia- è invece una tecnica estremamente utile, soprattutto per quei pazienti che giungono ad una prima visita già adulti e con delle abitudini ben radicate oppure per tutti coloro che hanno difficoltà manuali o problemi di apprendimento.

Ora, introdurre una nuova tecnica di spazzolamento senza far vedere al paziente come attuarla e soprattutto senza dargli la possibilità di provarla per apprenderla, può risultare inefficace.

Nella realtà della clinica questa trasmissione viene per lo più trascurata, e vi si fa ricorso solo nel caso in cui ci sia ancora tempo a disposizione dopo l'ablazione del tartaro e il paziente risulti collaborativo ed interessato. In questo modo però si tralascia una funzione importante del ruolo dell'igienista che non è soltanto quella dell'applicazione dell'igiene orale professionale ma altresì quella di istruire e motivare il paziente in modo tale che possa acquisire le tecniche necessarie da attuare a casa nella normale igiene orale domiciliare.

La domanda è stata spiegata online con la sua corretta traduzione in italiano, di modo che non si determinassero omissioni nella risposta o mancate comprensioni per gli utenti.

Anche per questa domanda ci si attendevano percentuali medio-alte di risposte che attestassero la frequente non trasmissione delle corrette pratiche di igiene orale.

Domanda 15 (utilizzo di immagini per accompagnare la descrizione della salute orale)

Le abilità comunicative di base da sole non sono sempre sufficienti per presentificare le conseguenze di una scorretta igiene orale. In questo senso potrebbero rivelarsi molto utili delle fotografie che mostrino situazioni degenerative del cavo orale difficili da spiegare solo a parole. Un'immagine risulta avere un impatto maggiore sul paziente e nello stesso tempo non dà adito ad interpretazioni errate. Allo stesso tempo risulta più facile per l'igienista spiegare una situazione più complessa dal punto di vista patologico servendosi di un supporto visivo

Proprio per queste motivazioni ci si attendeva che il SI ricevesse una percentuale maggiore.

2.5 Metodologia di analisi qualitativa dei risultati

Al termine del tempo previsto, i singoli questionari sono stati analizzati attraverso il programma di statistica R, rappresentando la qualità e le percentuali delle risposte ottenute ad ogni singola domanda per il tramite di una tabella e di un grafico: areogramma per le variabili qualitative ed istogramma per le variabili quantitative.

Dal momento che la risposta ad ogni domanda risultava obbligatoria per procedere alla conclusione del questionario, era attesa una frequenza di risposte omogenea per tutte le domande.

Attraverso l'analisi dei dati ricavati dal questionario, è stato possibile individuare quali siano gli aspetti più importanti riferiti dai singoli soggetti riguardo alla comunicazione con il proprio dentista e igienista, quali invece siano ritenute le carenze maggiori e quali potrebbero essere i punti determinanti su cui basarsi per la creazione di un protocollo quanto più efficace.

3. ESITO DELLA RICERCA E DEFINIZIONE DEL PROTOCOLLO

3.1 Analisi dei risultati

Domanda 1 (età)

età	Da 13 a 19	Da 20 a 30	Da 31 a 50	Da 51 a 65	Oltre i 66
n.partecipanti	50	259	141	111	39

Figura 3: numero dei soggetti che hanno partecipato al questionario suddivisi per età

La maggior parte dei partecipanti al questionario (43.17%) rappresentava la fascia di età compresa tra i 20 e i 30 anni, seguita poi dalla fascia di età compresa tra i 31 e i 50 (23.50%) e dalla fascia di età compresa tra i 51 e i 65 anni (18.50%). Un numero inferiore di partecipanti si è riscontrato nella prima fascia d'età (13-19) con l'8,33% e nell'ultima (oltre i 66), con un valore del 6.50% (figura 2).

Le risposte sono state in linea con le aspettative.

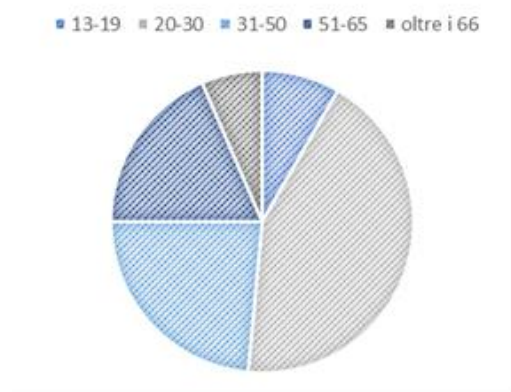


Figura 4: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 1 attraverso areogramma

Domanda 2 (sesso)

sesso	F	M
n. partecipanti	419	181

Figura 5: numero dei partecipanti al questionario suddivisi in base al sesso

Il 69.8% dei partecipanti è di sesso femminile (figura 4). Contrariamente a quanto ci si aspettava la partecipazione è stata maggiore per questo sesso rispetto a quello maschile (30.17%).

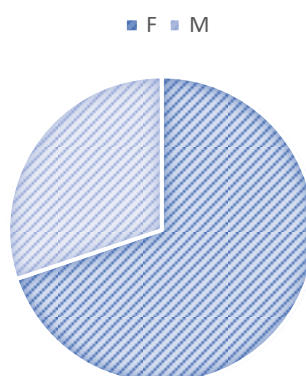


Figura 6: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 2 attraverso areogramma

Domanda 3 (con che frequenza si reca in uno studio dentistico)

n. visite	meno di 1 volta l'anno	1 volta l'anno	2 volte l'anno	più di 2 volte l'anno
n. partecipanti	110	185	144	161

Figura 7: numero di partecipanti per grado di frequenza in uno studio dentistico

La percentuale più alta è rappresentata da soggetti che si recano in un ambulatorio dentistico un'unica volta l'anno (30.83%), seguita da coloro che si recano più di due volte l'anno dal dentista (26.83%). Seppur la percentuale risulti la più bassa, rimane

allarmante come il 18.33% dei soggetti si rechi meno di una volta l'anno dal dentista.

Il 24.00% dei partecipanti si reca invece dal dentista due volte l'anno (figura 6).

■ 1 volta ■ 2 volte ■ più di 2 ■ meno di 1

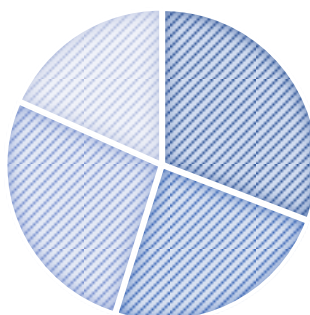


Figura 8: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 3 attraverso areogramma

La frequenza con cui un soggetto si reca in uno studio dentistico sembra variare in base all'età (figura 7) e in base al sesso (figura 8).

	1 VOLTA L'ANNO	2 VOLTE L'ANNO	MENO DI UNA VOLTA L'ANNO	PIÙ DI 2 VOLTE L'ANNO
Da 13 a 19	28,00%	18,00%	12,00%	42%
Da 20 a 30	32,80%	19,30%	21,33%	26,64%
Da 31 a 50	31,91%	31,91%	14,18%	21,98%
Da 51 a 65	31,53%	25,22%	15,31%	27,92%
Oltre i 66	15,38%	30,76%	30,76%	23,07%

Figura 9: frequenza con cui un soggetto si reca in uno studio dentistico in base all'età

La fascia di età che maggiormente si reca in uno studio dentistico è quella che va dai 13 ai 19 anni, mentre quella che vi si reca di meno sembra essere quella "oltre i 66". E' pur vero che per la stessa fascia di età altrettanti pazienti si recano fino a due volte l'anno in uno studio dentistico.

	1 VOLTA L'ANNO	2 VOLTE L'ANNO	MENO DI UNA VOLTA L'ANNO	PIÙ DI 2 VOLTE L'ANNO
F	32,45%	24,58%	16,94%	26,01%
M	27,07%	22,65%	21,54%	28,72%

Figura 10: frequenza con cui un soggetto si reca in uno studio dentistico in base al sesso

Il sesso maschile in questo caso sembra essere una classe ancor più disomogenea, presentando una percentuale maggiore rispetto al sesso femminile sia per la risposta “meno di una volta l’anno” sia per quella “più di due volte l’anno”.

Domanda 4 (in una scala da 1 a 5 dove 1 sta per “molto poco collaborante” -durante la seduta ho bisogno di fare delle pause, non seguo le indicazioni che mi vengono date...- e 5 “molto collaborante” -seguo sempre le indicazioni ricevute, rispondo sinceramente alle domande che mi vengono fatte...-, dove si collocherebbe?)

valore scelto	0	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
n. partecipanti	9	5	3	2	3	4	4	3	11	17	17	13	9	30	30	42	43	36	44	275

Figura 11: numero di soggetti per ogni valore scelto

275 soggetti (figura 9) si sono definiti pazienti molto collaboranti mentre pochi i partecipanti al questionario che si sono definiti in altri termini.

La media dei valori è uguale a 84.2, vale a dire un valore alto che conferma le aspettative nutrite in relazione alla domanda (figura 10).

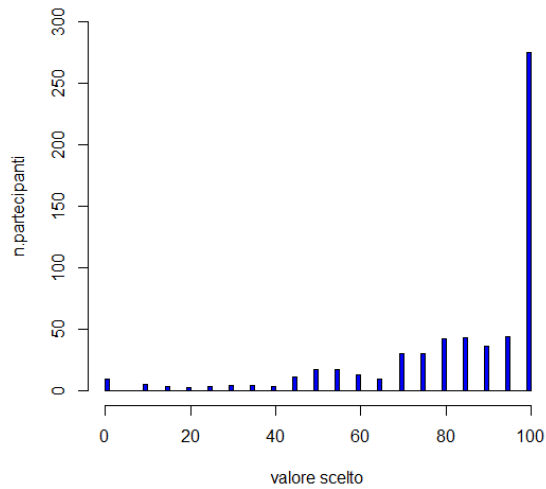


Figura 12: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 4 attraverso istogramma

La distinzione in base al sesso (figura 11) può essere considerata non significativa, in quanto i partecipanti che hanno scelto valori ≤ 50 , rappresentano il 10,50% per il sesso femminile e il 9,3% per il sesso maschile. La differenza dunque è presente ma risulta essere minima.

	0	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
F	8	4	2	1	2	3	2	2	7	13	11	11	7	18	22	33	31	26	35	181
M	1	1	1	1	1	1	2	1	4	4	6	2	2	12	8	9	12	10	9	94

Figura 13: valore scelto in base al sesso

Domanda 5 (quanto comprende quello di cui il dentista o igienista dice)

valore scelto	0	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
n. partecipanti	1	2	1	1	2	3	2	4	5	13	13	13	20	32	51	28	48	44	52	265

Figura 14: numero dei soggetti per ogni valore scelto

265 partecipanti (*figura 12*) ha affermato di comprendere appieno ciò che il dentista o l'igienista dicono. La media dei valori è 86,47, un valore alto seppur ritenuto comunque non sufficiente (*figura 13*): dopo essersi sottoposti ad una seduta, i pazienti dovrebbero aver ben chiari gli obiettivi della visita appena conclusa, le motivazioni e gli eventuali accorgimenti da seguire a casa. Questo dato evidenzia come ci siano aspetti ancora carenti nella comunicazione del professionista inoltrata al paziente.

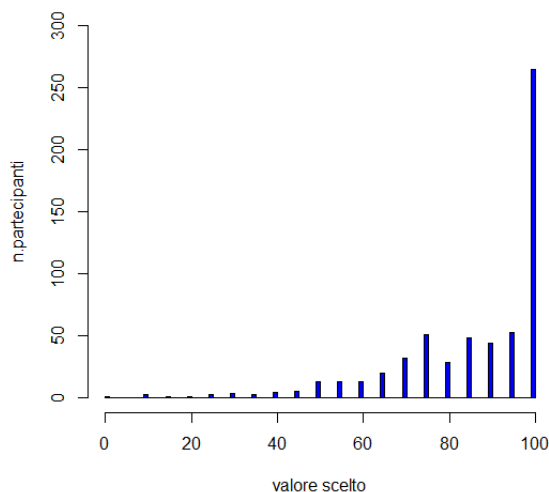


Figura 15: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 5 attraverso istogramma

Domanda 6 (quanto influisce su ciò che viene detto il tono)

valore scelto	0	5	10	15	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
n. partecipanti	5	2	2	4	1	7	7	7	6	24	15	13	22	27	40	42	51	37	31	257

Figura 16: numero dei soggetti per ogni valore scelto

257 partecipanti (*figura 14*) hanno affermato che il tono influisce molto su ciò che viene detto, la media delle risposte è di 83,18, cioè un numero elevato di soggetti ritiene il tono un dato che può influenzare ciò che viene comunicato (*figura 15*).

Proprio per questo il professionista deve essere consapevole che anche aspetti del linguaggio non verbale possono condizionare quello che egli riferisce al paziente.

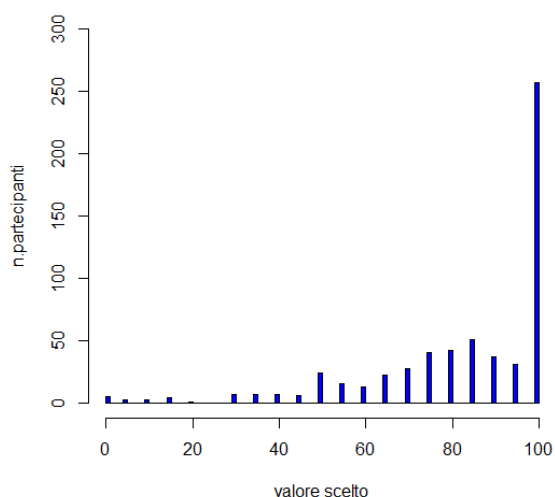


Figura 17: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 6 attraverso istogramma

La percezione dell'influenza del tono su ciò che viene detto dal professionista sembra variare per quanto riguarda l'età (figura 16). I dati riportati nella tabella infatti mostrano che la percentuale dei soggetti che ritiene che il tono influisca ≤ 50 , aumenta con l'aumentare dell'età.

	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Da 13 a 19	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	3	4	2	4	4	2	25
Da 20 a 30	4	0	0	1	0	0	3	2	2	3	11	5	6	10	13	20	14	27	15	10	113
Da 31 a 50	0	1	0	1	0	0	1	2	3	1	6	5	3	2	8	9	5	12	10	7	65
Da 51 a 65	0	0	1	0	1	0	3	2	1	1	3	3	3	8	3	5	15	6	4	9	43
Oltre i 66	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	2	1	2	0	2	6	2	4	3	11

Figura 18: valore scelto in base all'età

Partendo dalla fascia di età minore, i valori sono del 10,00%, 10,03%, 10,63%, 10,80% e 15,30%. È osservabile quindi che, con l'aumentare dell'età, l'importanza accordata al tono utilizzato dal professionista sembra diminuire.

Se si prende in considerazione il sesso dei partecipanti (*figura 17*), le femmine (F) sembrano dare molta più importanza al tono rispetto ai maschi (M).

	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	valori > 50 in %
F	3	1	1	2	1	0	1	2	4	4	10	9	6	17	19	27	34	34	28	23	193	93,08%
M	2	1	1	2	0	0	6	5	3	2	14	6	7	5	8	13	8	17	9	8	64	80,12%

Figura 19: valore scelto in base al sesso

Domanda 7 (quanto influiscono su ciò che viene detto, la mimica facciale e la postura)

valore scelto	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
n. partecipanti	6	5	5	4	5	6	16	5	8	15	48	27	24	26	27	49	48	42	44	27	163

Figura 20: numero dei soggetti per ogni valore scelto

Ci si attendeva che i partecipanti indicassero il tono come elemento più influente nella comunicazione rispetto alla postura o alla mimica facciale; effettivamente la media risulta essere più bassa rispetto alla precedente domanda: 74,27 (*figura 19*).

I partecipanti hanno inserito con maggiore frequenza il valore massimo 100 (*figura 18*), questo significa che -seppur di meno- anche la mimica facciale e la postura influiscono sul processo di comunicazione.

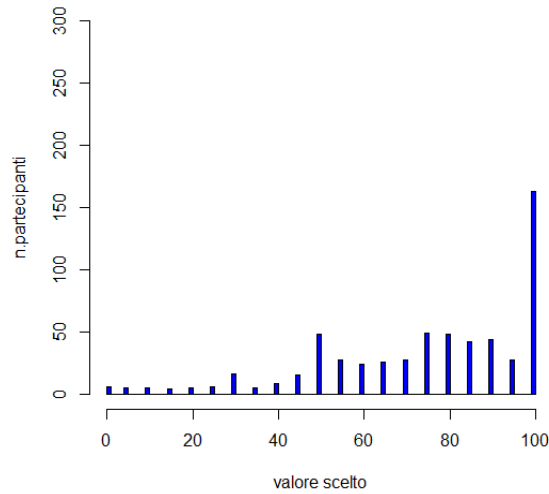


Figura 21: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 7 attraverso istogramma

Anche per la mimica facciale sono stati comparati i valori selezionati con l'età dei partecipanti.

	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	valori ≤ 50 in %
Da 13 a 19	0	0	1	1	0	2	3	1	2	1	3	2	3	2	1	4	3	2	4	1	14	28%
Da 20 a 30	2	1	1	2	2	2	7	0	3	6	24	12	9	11	12	25	22	17	17	11	73	19,30%
Da 31 a 50	3	2	0	1	2	0	2	2	3	5	10	7	6	5	7	7	10	12	10	6	41	21,27%
Da 51 a 65	1	1	2	0	0	1	4	0	0	2	9	3	4	8	7	8	9	9	9	4	30	18,80%
Oltre i 66	0	1	1	0	1	1	0	2	0	1	2	3	2	0	0	5	4	2	4	5	5	23,07%

Figura 22: valore scelto in base all'età

Non è presente una variazione della percezione circa l'importanza della postura o della mimica facciale con l'avanzare dell'età (figura 20). Un dato interessante è derivato dall'osservazione che i soggetti di età compresa tra i 13 e i 19 anni sono quelli che maggiormente hanno scelto valori ≤ 50 (28%), gli stessi che, tra tutte le fasce di età, hanno conferito più importanza al tono.

Altro dato rilevante è quello che mostra come il sesso femminile -rispetto a quello maschile- dia più importanza al linguaggio non verbale e a quello paraverbale; infatti,

anche per questa domanda, la percentuale di partecipanti femminili che ha indicato valori > 50 è superiore a quella maschile (*figura 21*).

	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	valori > 50 in %
F	3	1	3	2	2	2	7	5	4	13	28	18	16	17	21	32	36	29	33	20	127	83.30%
M	3	4	2	2	3	4	9	0	4	2	20	9	8	9	6	17	12	13	11	7	36	70,72%

Figura 23: valore scelto in base al sesso

Domanda 8 (uscito dalla seduta quanto di quello che le è stato detto ricorda)

Come precedentemente sottolineato, è importante assicurarsi che il paziente si ricordi e comprenda tutto ciò che viene riferito dal professionista, ai fini di contribuire consapevolmente ad una fase del trattamento. Se infatti il paziente non ricorda e quindi non esegue le istruzioni date dal professionista questo può pesare sulla riuscita del trattamento stesso e addirittura andare a vanificare il lavoro fatto durante la seduta.

valore scelto	0	5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
n. partecipanti	4	2	3	2	4	4	5	11	13	23	15	23	30	43	43	49	60	54	35	177

Figura 24: numero dei soggetti per ogni valore scelto

Secondo i dati raccolti la maggior parte dei partecipanti non è in grado di ricordare tutto ciò che viene detto durante la seduta (*figura 22*).

La media è di 79,93, una percentuale che -seppur alta dal punto di vista numerico- risulta essere ancora troppo bassa (*figura 23*).

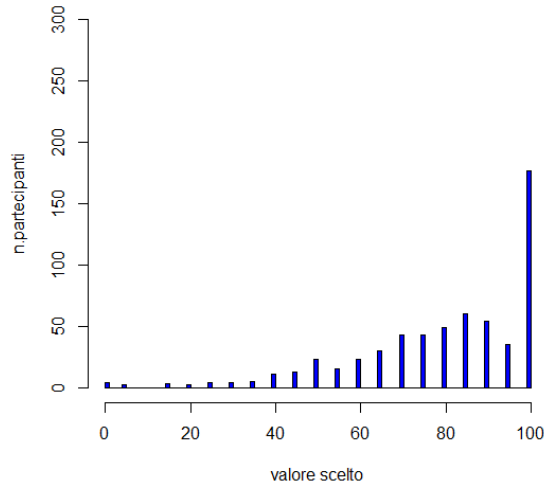


Figura 25: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 8 attraverso istogramma

Domanda 9 (utilità delle raccomandazioni scritte per poter essere consultate a necessità)

valore scelto	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
n. partecipanti	12	5	7	6	6	13	7	12	5	11	24	20	19	17	20	27	26	32	35	35	261

Figura 26: numero dei soggetti per ogni valore scelto

In questo caso la media ottenuta è di 78,83 (figura 25) e il numero di partecipanti che hanno attribuito valori al di sotto del 50 sono maggiori (108) rispetto a quelli che hanno attribuito valori inferiori a 50 nella domanda precedente (71). Risulta quindi che -seppur 261 partecipanti hanno inserito il valore più alto (figura 24)- vi è un numero di partecipanti considerevole che ritiene che un'informazione scritta non sia così necessaria per aiutare a ricordare un'informazione ricevuta.

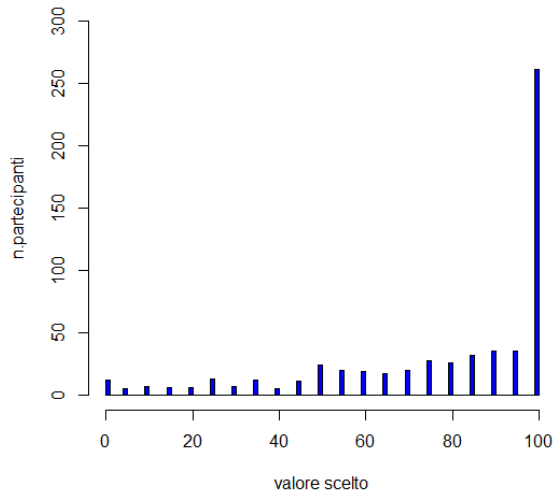


Figura 27: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 9 attraverso istogramma

Non sono state riscontrate differenze significative in base all'età o al sesso dei partecipanti.

Domanda 10 (dopo o prima della seduta cerca informazioni su internet o si confronta con altri)

frequenza	A VOLTE	NO	SI	SPESSO
n. partecipanti	222	296	32	50

Figura 28: numero dei soggetti rispetto alla frequenza indicata

Il 49,42% dei partecipanti ha affermato di non ricercare informazioni su internet o di non confrontarsi con altri riguardo la propria salute orale; risulta bassa la percentuale di soggetti che lo fa regolarmente (5,34%) o spesso (8,18%). Un dato rilevante è quello inerente alla percentuale relativa alla scelta "a volte", che è del 37,06% (figura 27). Se si parte dal presupposto che questi ultimi non lo facciano regolarmente ma solo in caso di necessità, qualora non avessero ben chiaro un concetto espresso dal professionista o avessero la necessità di documentarsi prima della seduta, questa

informazione è molto rilevante perché riflette la differenza delle abilità comunicative tra i singoli professionisti.

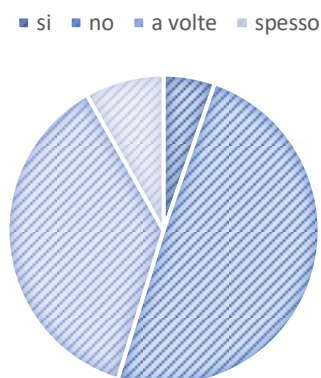


Figura 29: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 10 attraverso areogramma

Domanda 11 (quanto sente che il trattamento terapeutico è adattato alle sue esigenze/abilità)

valore scelto	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
n. partecipanti	3	2	3	4	7	7	4	3	9	12	31	27	25	29	44	67	55	55	42	32	139

Figura 30: numero dei soggetti per ogni valore scelto

La media delle risposte a questa domanda è di 76,43, una media più elevata rispetto a quella ipotizzata (figura 29). Questo denota che -seppur ci sia un numero considerevole di soggetti che non ritengono che il trattamento terapeutico si adatti alle proprie esigenze (85 soggetti hanno scelto valori ≤ 50 e 376 soggetti valori compresi tra 50 e 100)- vi è comunque una tendenza da parte dei professionisti ad accogliere le perplessità dei pazienti e a saper motivare i trattamenti scelti affinché il

paziente mostri una maggior compliance. Questo è dimostrato anche dal fatto che 139 soggetti si sono ritenuti completamente soddisfatti (figura 28).

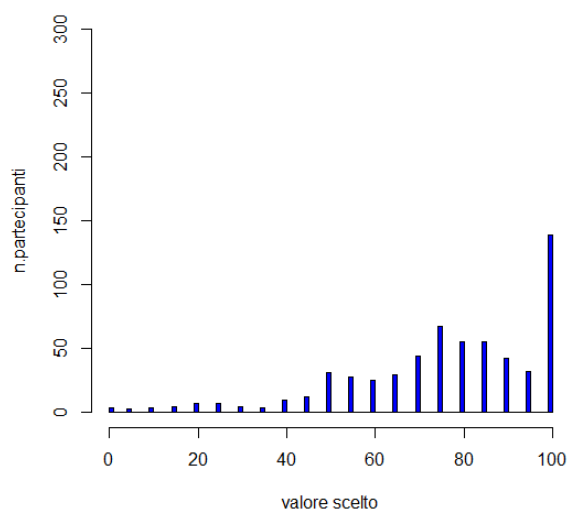


Figura 31: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 11 attraverso istogramma

Domanda 12 (ha piacere che l'igienista dentale dia informazioni su altri aspetti della salute)

	SI	NO
n. partecipanti	538	62

Figura 32: numero dei partecipanti per il valore scelto

I dati ottenuti mostrano che l'89,65% dei partecipanti al questionario è interessato a ricevere maggiori informazioni riguardanti tutti gli aspetti della salute generale legati al cavo orale (*figura 31*). La restante parte dei votanti (10,35%) invece non ha evidenziato interesse nel conoscere gli altri aspetti della salute legati alle condizioni del cavo orale.

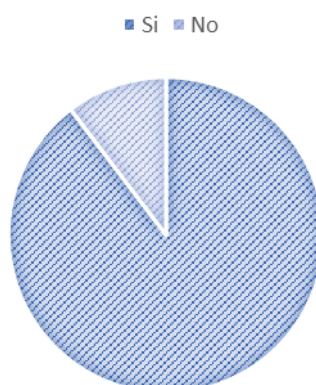


Figura 33: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 12 attraverso areogramma

Domanda 13 (quanto l'igienista si assicura che abbia compreso ciò di cui si è parlato)

valore scelto	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
n. partecipanti	7	5	6	8	12	12	6	13	13	32	50	37	36	34	33	43	40	43	29	30	111

Figura 34: numero dei partecipanti per ogni valore scelto

La media dei dati a questa domanda è di 68,66, una media bassa se si considera l'importanza della prevenzione attraverso la comunicazione con il paziente (*figura 33*). È importante anche valutare come solo 111 partecipanti su 600 hanno selezionato il valore più alto (100), che risulta essere stato scelto da un numero inferiore di soggetti rispetto a quanti abbiano preferito valori ≤ 50 (164). In particolare il significato di tale riscontro non può essere sottovalutato. Se è vero che durante la

seduta l'igienista migliora la condizione del paziente, è pur vero che è durante l'igiene domiciliare che il paziente svolge gran parte del compito di prevenzione, spazzolando in maniera corretta, utilizzando i giusti presidi conformi alle proprie caratteristiche anatomiche e abilità manuali, conoscendo cibi, vizi o abitudini che possono andare a danneggiare la condizione di omeostasi all'interno del cavo orale e vanificare il lavoro dell'igienista.

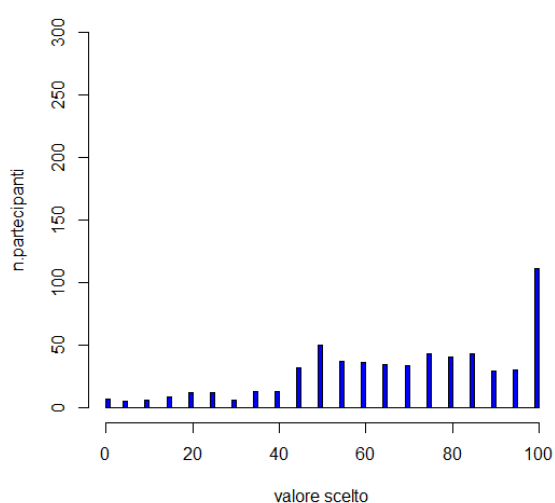


Figura 35: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 13 attraverso istogramma

Domanda 14 (quanto l'igienista dentale utilizza la tecnica del “tell-show-do” - prima viene spiegata la tecnica consigliata, poi mostrata praticamente e infine fatta eseguire al paziente per assicurarsi che abbia capito-)

valore scelto	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
n. partecipanti	32	8	7	13	16	18	13	18	17	29	32	32	25	27	27	31	36	39	19	34	127

Figura 36: numero partecipanti per ogni valore

La media ricavata dalla lettura dei dati (64,58) risulta essere bassa (*figura 35*). Un aspetto legato alla professione è proprio quello della cura prestata alla prevenzione, che può essere attuata solo se il paziente possiede tutti i mezzi e le conoscenze per mantenerla nel tempo. Non basta ad esempio consigliare un determinato filo interdentale se poi al paziente non viene mostrato come utilizzarlo nella maniera corretta. In questo caso il filo stesso può creare più danni che benefici, come andare a traumatizzare le gengive.

32 partecipanti hanno inserito il valore 0 (*figura 34*) sottolineando come probabilmente non fossero neanche a conoscenza di questa tecnica.

127 partecipanti hanno inserito il valore più alto, 203 invece sono i partecipanti che hanno selezionato un valore ≤ 50 .

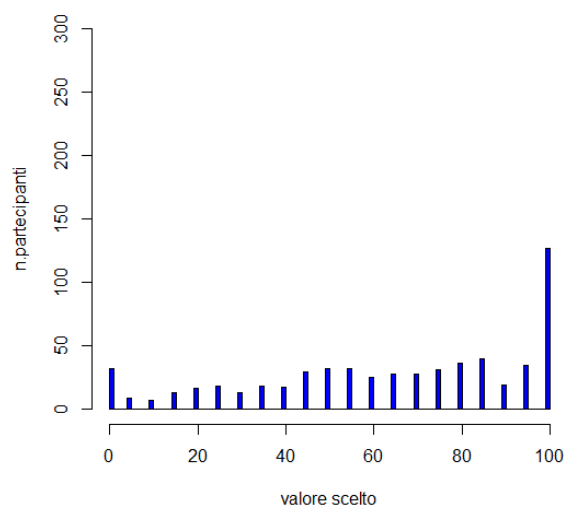


Figura 37: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 14 attraverso istogramma

Domanda 15 (utilizzo di immagini per accompagnare la descrizione della salute orale)

	SI	NO
n. partecipanti	466	134

Figura 38: numero dei partecipanti per i valori indicati

Le aspettative per questa domanda sono state confermate con una percentuale di SI uguale a 77,63% (figura 37). È rilevante osservare come il 22,37% dei partecipanti, invece, non ritenga necessario l'utilizzo di immagini o fonti multimediali per accompagnare la descrizione della propria salute orale. Quest'ultimo aspetto potrebbe essere anche dovuto alla sensibilità individuale del singolo paziente, che non sempre è incline alla visione di sangue, ulcerazioni sulla mucosa o altre condizioni che potrebbero turbarlo.

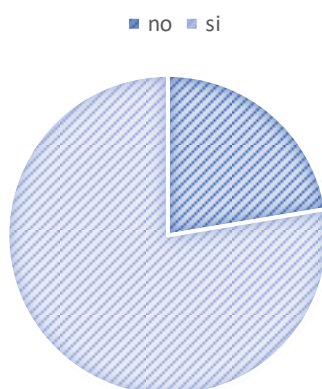


Figura 39: rappresentazione grafica delle risposte alla domanda 15 attraverso areogramma

3.2 Definizione del protocollo

3.2.1 Premesse

Il protocollo è stato delineato sulla base dei risultati ottenuti al questionario e della letteratura consultata ai fini di migliorare il grado e l'efficacia della comunicazione tra igienista e paziente.

Per via dell'emergenza sanitaria legata al SARS CoV-2, il protocollo non è stato testato durante il tirocinio, sia a causa del numero ridotto di pazienti afferenti all'ambulatorio, sia perché l'emergenza sanitaria ha reso impossibile attuare i gesti e le accortezze essenziali della comunicazione non verbale, come la stretta di mano o il sorriso.

3.2.2 Descrizione del protocollo

FASI DELLA VISITA				
1) ACCOGLIENZA	presentarsi	ATTEGGIAMENTI	1) ASCOLTO	non interrompere il paziente non giudicare il paziente
	osservare gli atteggiamenti del paziente		2) LINGUAGGIO	utilizzare un linguaggio semplice andare dritti al punto
	mettere il paziente a proprio agio		3) VOCE	parlare adagio, utilizzare un tono pacato evitare di parlare con la mascherina*
	domanda aperta		4) POSTURA	non dare le spalle al paziente quando si parla non incrociare braccia o gambe
2) ASCOLTO ATTIVO	domande chiuse	ACCORDI	1) COLLEGAMENTI	fornire sempre una visione olistica motivare tutto ciò che viene detto
	spiegare al paziente cosa si sta facendo		2) TELL-SHOW-DO	l'utilizzo di qualsiasi strumento deve essere spiegato attraverso la tecnica "tell-show-do"
3) ESAME OBIETTIVO	condividere con il paziente le varie informazioni		3) INFO SCRITTE	marche o tipologie di materiali utilizzo di un particolare medicamento
	condividere il trattamento pensato con il paziente		4) IMMAGINI	utilizzabili qualora ci siano problemi di comprensione (es. concetto difficile, lingua straniera)
4) TRATTAMENTO	ricapitolare ciò che è stato detto			
	ricercare un feedback da parte del paziente			

Figura 40: tabella protocollo

* impossibile da attuare durante il periodo dell'emergenza sanitaria legata al SARS CoV-2

3.2.2.1 Fasi della visita

Accoglienza

La fase dell'accoglienza rappresenta il primo impatto con il paziente che deve subito sentirsi a proprio agio per iniziare un colloquio disteso e franco volto a dare al professionista tutte le indicazioni necessarie (*R. Brignardello-Petersen, 2018*). Si tratta di una fase che va gestita senza fretta e che deve prevedere la presentazione (chiarire il proprio ruolo e identificare quello del paziente) e l'osservazione (cercare di capire attraverso il linguaggio non verbale e paraverbale lo stato d'animo del paziente) al fine di creare nel paziente una situazione di distensione e fiducia. È importante creare un ambiente confortevole e rilassante che venga reso personalizzato per ogni tipo di paziente. Per la fretta o la routine, spesso si dimentica di fare al paziente domande banali come "preferisce la porta chiusa/aperta?" "le dà fastidio la radio accesa/vuole un po' di musica?" o "l'aria condizionata è troppo alta?".

Gesti come la semplice stretta di mano* non devono essere sottovalutati. È riportato come una stretta di mano troppo lunga, ad esempio, possa influenzare negativamente il soggetto che la riceve, generando disagio o ansia (*Nagy et al., 2020*). Un altro aspetto importante è rappresentato dal sorriso* o dalla comunicazione attraverso gli occhi.

* impossibile da attuare durante il periodo dell'emergenza sanitaria legata al SARS CoV-2

Ascolto attivo

Prima di iniziare con la compilazione dell'anamnesi o prima di inoltrare una serie di domande mirate per individuare il problema, è utile iniziare la conversazione con una domanda aperta "Come sta? Mi parli della sua salute", sia perché questo permette al paziente di parlare, mettendolo a suo agio, sia perché è possibile che il paziente riporti qualcosa che in caso contrario finirebbe con l'essere trascurato. In questa fase è bene far sentire il paziente ascoltato, non portare avanti altre procedure come la sistemazione della stanza o la vestizione e, in caso non si possa fare a meno, farlo senza dare le spalle al paziente, incoraggiando il paziente a continuare la comunicazione con espressioni del tipo "Sì...?", "Vada avanti", "C'è dell'altro?". La percezione dell'empatia del professionista contribuisce al benessere del paziente stesso e al suo miglioramento fisico ed emotivo.

Solo in un secondo momento è possibile passare a domande mirate per la compilazione o l'aggiornamento dell'anamnesi, senza affrettarsi, aiutando il paziente qualora non comprenda una domanda, senza però suggerire le risposte che potrebbero influenzarlo.

Esame obiettivo

Numerose indagini mostrano che i medici sottovalutano per il 65% il desiderio di informazioni del paziente durante le consultazioni (*Pensieri et al., 2018*), mentre il questionario mostra come sia presente un interesse da parte dei partecipanti a conoscere non solo i vari collegamenti tra salute del cavo orale e dell'organismo, ma

anche i possibili trattamenti. L'esame obiettivo non rappresenta solo il momento in cui il professionista raccoglie informazioni sulla salute del cavo orale del paziente ma deve rappresentare anche un momento di informazione utile al paziente. Proprio per questo durante l'esame obiettivo è necessario spiegare costantemente al paziente cosa si sta facendo e informarlo riguardo a quello che viene riscontrato. Qualora fosse presente un problema, bisogna spiegarne la causa attraverso un linguaggio semplice, usando esempi, immagini, ridimensionando l'entità del problema. Successivamente è importante spiegare al paziente come sarà possibile risolvere il problema, usando esempi concreti e specifici, comunicando sempre concetti positivi, anticipando le soluzioni. Per ultimo ricordare e illustrare al paziente cosa si può fare per evitare una recidiva, pretendendo la sua collaborazione, riferendo casi clinici emblematici e trasmettendo una certa autorevolezza. Usare termini chiari che spieghino al paziente che cosa si andrà facendo, avvisarlo dell'utilizzo di uno strumento rumoroso, doloroso o che rilasci acqua o aria, rende il paziente più coinvolto e consapevole e quindi più tranquillo.

L'approccio a questa fase prevede che il professionista avvisi il paziente prima di cominciare, anche con un semplice "Iniziamo", e solo successivamente provvedere ad abbassare la poltrona. Quando si comunica nelle prime fasi la poltrona deve essere in posizione neutra, affinché professionista e paziente si trovino sullo stesso piano. Anche per questo motivo sarebbe giusto sedersi quando si comunica con il paziente, piuttosto che rimanere in piedi.

Trattamento

Il paziente deve sempre essere a conoscenza del trattamento e si andrà ad espletare e del suo significato (V. Wilson, 2020). Qualora ci fossero più opzioni è giusto da parte del professionista elencarle tutte con spiegazioni atte a suscitare il consenso del paziente stesso.

Questo aspetto è fondamentale perché -come mostrato dai risultati del questionario- il 50,58% dei soggetti ricerca informazioni su internet o si consulta con amici e conoscenti. È probabile quindi che il paziente possa venire a conoscenza di altre proposte di trattamento che non gli vengono delineate e che possa interpretare la mancanza di informazione fornitagli al riguardo in maniera negativa. Lo stesso sondaggio rivela che 461 partecipanti su 600, non si ritengono pienamente soddisfatti del trattamento ricevuto, poiché questo non rispecchia completamente le loro esigenze o abilità.

Congedo

Il momento finale della visita deve rappresentare l'occasione per ribadire al paziente gli aspetti più importanti, per ricordargli i giusti comportamenti da seguire a casa ma soprattutto per ottenere un feedback sulla comprensione avvenuta.

Se è vero che il feedback deve essere continuo e che ogni informazione deve essere seguita dalla certezza che il paziente l'abbia compresa, il momento finale del trattamento è anche quello che maggiormente rimane impresso al paziente. Ecco perché i concetti più importanti devono essere ribaditi.

3.2.2.2 Atteggiamenti

Ascolto

L'ascolto risulta essere una qualità che può fare la differenza durante una seduta di igiene orale, infatti un'igienista capace di ascoltare il paziente senza interromperlo o giudicarlo indurrà il paziente ad aprirsi e fidarsi di più. L'ascolto deve sempre essere attivo, cioè deve incoraggiare il paziente ad aprirsi e non può quindi essere accompagnato da atteggiamenti giudicanti. Anche nei casi in cui si rilevino delle condotte di non igiene dannose è preferibile utilizzare forme positive di rimprovero, del tipo "Come devo fare con lei...?!". Non è bene contraddire il paziente, opporglisi, ed è buona norma invece guidarlo alla scoperta dei suoi stessi errori. L'incoraggiamento porta sempre a dei risultati maggiori rispetto alla critica e se il paziente riesce a comprendere come un trattamento sia più giusto per lui e giunge ad accettarlo senza sentirsi obbligato, la compliance risulterà maggiore.

Linguaggio

Il linguaggio scelto dall'igienista deve essere quanto più chiaro e comprensibile. I dati trapelati dal questionario evidenziano come questo non può essere ancora considerato un assunto. L'igienista deve assicurarsi di parlare lo stesso linguaggio del paziente e assicurarsi che egli comprenda tutto ciò che viene detto durante la seduta. Sono da evitare espressioni che trasmettono incertezza, le forme generiche e quelle negative. Un rafforzativo importante nel linguaggio usato con il paziente è l'utilizzo del pronome "noi" per sottolineare l'alleanza terapeutica e la considerazione che l'igienista ha per il singolo paziente. Durante la trasmissione di informazioni il

professionista deve curarsi di utilizzare termini semplici, ponendosi allo stesso livello del paziente (A.S. Epstein, 2013): questo significa utilizzare un linguaggio sempre differente in base al paziente che l'igienista ha di fronte. Il linguaggio personalizzato è quello più efficace e non deve solo essere declinato e modulato in relazione alle varie fasce di età ma in generale per ogni singolo paziente, in base alla lingua, al livello sociale e culturale e al suo stato emotivo.

Voce

Durante un qualsiasi colloquio con il paziente (in prima visita o durante un semplice trattamento di routine), il professionista deve essere in grado di controllare il tono e il volume della voce, il ritmo e la cadenza, e il sorriso (T. Botticelli, 2007).

L'igienista deve essere in grado di parlare a voce alta per far comprendere al paziente tutto ciò che viene detto, senza esagerare con il volume per non ingenerare fastidio. È bene utilizzare toni differenti per poter enfatizzare gli aspetti più importanti del detto. Quando è possibile (prima e dopo il trattamento) evitare di parlare con la mascherina *, per facilitare la comunicazione e renderla quanto più chiara.

* impossibile da attuare durante il periodo dell'emergenza sanitaria legata al SARS CoV-2

Un ritmo lento e deciso trasmette sicurezza al paziente, che recepisce una profonda conoscenza dell'argomento da parte del professionista. Per mantenere sempre l'attenzione ed evitare di annoiare, è bene alternare il ritmo durante le fasi di comunicazione.

il sorriso* è un deterrente per l'ansia, aiuta a trasmettere cordialità, empatia e apertura nei confronti del paziente (A.J. Beamish, J.J. Foster et al., 2019).

Non deve essere un sorriso esagerato, perché un sorriso "falso" ed affettato è facilmente riconoscibile e può apportare disagio.

** impossibile da attuare durante il periodo dell'emergenza sanitaria legata al SARS CoV-2*

Durante il periodo dell'emergenza sanitaria, ove la mascherina deve essere indossata obbligatoriamente per tutto il tempo della seduta, il sorriso può essere sostituito dal tono. A. Drahota, A. Costall et al. (2008) hanno dimostrato come gli ascoltatori possono discriminare diversi tipi di intonazioni e che alcuni segnali acustici possono essere interpretati come forti indicatori di sorriso, indipendentemente dal fatto che l'oratore stia effettivamente sorridendo.

In questo periodo il tono assume quindi un ruolo ancora più importante durante la trasmissione delle informazioni al paziente.

Come mostrato dai risultati del questionario i partecipanti più soggetti a quest'aspetto della comunicazione sono i giovani, a maggior ragione con i ragazzi il professionista deve cercare di modulare il tono della voce e il ritmo coinvolgendo il paziente per non risultare noioso o per evitare di non essere ascoltato.

Postura

Durante la comunicazione gli errori posturali che maggiormente vengono riportati (C. *Pensieri et al., 2018*) sono il parlare in piedi mentre il paziente è seduto, dare le spalle al paziente mentre si comunica con lui, stare in silenzio mentre si scrive al

computer; da evitare anche il tenere braccia o gambe incrociate, a meno che non sia già il paziente a farlo. I risultati del questionario mostrano come siano in particolare le donne ad essere maggiormente influenzate dal linguaggio non verbale e paraverbale.

La postura è una forma di comunicazione che più o meno consciamente ci pone in un rapporto differente con il paziente (*A. Mehrabian , 1969*). Occorre porre attenzione alla distanza assunta tra comunicatore e destinatario perché essa è sempre in funzione lineare decrescente rispetto al grado di simpatia del destinatario. Il contatto visivo invece appare minimo nei confronti dei destinatari non graditi, quasi massimo per i destinatari neutri e leggermente minore per i destinatari molto apprezzati. Anche la posizione degli arti può indicare apertura o diffidenza. Conoscere questi aspetti significa poter utilizzare a proprio vantaggio aspetti della prossemica per rafforzare il messaggio che si vuole trasmettere.

3.2.2.3 Accorgimenti

Collegamenti

Nell'immaginario quotidiano la pratica dell'igiene dentale e in particolare il ruolo dell'igienista dentale vengono associati ad aspetti più estetici che salutistici. Il ruolo dell'igienista invece è anche quello di istruire il paziente riguardo a una visione più olistica della salute e in particolare riguardo ai benefici che una corretta igiene orale può apportare. Il questionario ha rilevato come la maggior parte dei pazienti (89,65%) sia interessata a questo aspetto informativo ed è perciò compito del

professionista saper divulgare in maniera chiara e corretta le informazioni al paziente affinché quest'ultimo sia anche più motivato nelle manovre quotidiane di igiene orale.

Tell- Show- Do

L'igienista deve essere in grado di istruire il paziente ad una corretta igiene orale. La tecnica "tell-show-do" permette al paziente di ricevere stimoli e informazioni prima attraverso le parole dell'igienista, successivamente guardando l'igienista che svolge la manovra su un modello anatomico della bocca o sul paziente stesso, ed infine è lo stesso paziente a svolgere la manovra sotto la supervisione dell'igienista, che deve utilizzare un rinforzo positivo come "molto bene", "perfetto", "molto bene ma provi a...". Bisogna sempre porsi nell'ottica del paziente che -dopo anni di scorrette manovre- si trova ad apprendere una nuova. L'igienista deve far provare il paziente finché non raggiunga un'abilità sufficiente.

Tale tecnica deve essere utilizzata quando viene consigliato l'utilizzo di un nuovo strumento, quando viene introdotto l'utilizzo dello spazzolino elettrico e se il paziente continua ad avere molta placca pur assicurando di lavare i denti costantemente.

Informazioni scritte

Analizzando i dati del questionario si evince che ricevere informazioni scritte è un aspetto soggettivo che non tutti ritengono utile. Questo mette in risalto un ulteriore aspetto della comunicazione che risulta essere imprescindibile: per essere veramente efficace una buona comunicazione deve essere soggettiva e adattarsi al paziente che il professionista ha di fronte. Essendo un gesto semplice che non

richiede tempo ma denota un'attenzione particolare alle esigenze del paziente è sempre bene chiedere: "Desidera che gli/le scriva questa informazione?".

Immagini

Avere in studio immagini che descrivono l'anatomia del dente, della tasca parodontale, materiali audio-visivi che possano spiegare al paziente un concetto in maniera più semplificata (batteriemia, collegamenti della parodontite con altre manifestazioni sistemiche...) rappresenta uno strumento in più che può essere utilizzato per migliorare l'efficacia della comunicazione e la comprensione del paziente, lo stesso questionario mette in evidenza come anche la maggior parte dei partecipanti (77,63%) ritenga le immagini uno strumento valido per una miglior comprensione. Le immagini, l'utilizzo di storie o video, risultano essere soprattutto utili per i pazienti con handicap (S. Petrocchi, P. Iannello et al.,2019; I.W. Marion, T.M. Nelson et al., 2016), con un basso livello di alfabetizzazione sanitaria oppure con stranieri che abbiano difficoltà linguistiche. Gli elementi audiovisivi non devono in alcun modo sostituire la comunicazione igienista-paziente ma affiancarla qualora ce ne fosse bisogno. In caso contrario l'utilizzo di immagini o altri strumenti risulterebbe avere un significato controproducente, palesando automatismo, freddezza e noncuranza da parte dell'igienista.

4. CONCLUSIONI

La comunicazione, caratterizzata da aspetti verbali, non verbali e paraverbali, se riconosciuta nella sua accezione più completa, può rappresentare quindi uno strumento in grado di far entrare il professionista in sintonia con il paziente, migliorando la performance medica e garantendo risposte più adeguate ai bisogni della salute. La comunicazione deve essere considerata una delle competenze chiave per la promozione della salute, ed ogni professionista sanitario dovrebbe esserne a conoscenza.

Lo studio della letteratura, basato su una revisione degli articoli dagli anni '60 ad oggi, ha dimostrato come ormai si conoscano quali siano gli aspetti fondamentali della comunicazione e come questi debbano sempre di più essere indirizzati alla singola persona e non alla generalità della categoria pazienti. Attraverso la creazione di un questionario distribuito online e pensato per indagare in maniera quanto più generale gli aspetti della comunicazione in ambito odontoiatrico, sono stati ricavati dei risultati attraverso l'analisi qualitativa delle risposte che hanno evidenziato come la comunicazione inoltrata dall'odontoiatra e dall'igienista non avvenga ancora in modo del tutto ottimale. Il questionario che è stato appositamente lasciato a libera compilazione, includendo soggetti di ogni età al di sopra dei 13 anni, è stato pensato per individuare gli elementi della comunicazione che per ogni paziente maggiormente influiscono sulla riuscita della comunicazione, nell'aspettativa che le loro percezioni potessero variare in maniera evidente per sesso o età. L'analisi dei risultati ha invece evidenziato come non sia possibile derivare dati differenti per genere.

Allo stesso tempo i risultati ricavati dal questionario sono stati utili per generare un protocollo la cui stesura aveva come obiettivo quello di fornire un vademecum contenente tutti gli aspetti da tenere sempre in considerazione nella comunicazione, soprattutto all'inizio della visita, influenzando sulla percezione della pratica dell'igiene. E allo stesso tempo aveva l'obiettivo di delineare una successione di passaggi che l'igienista deve seguire durante un primo approccio con il paziente per non tralasciare nessun aspetto informativo e fornire una visione della situazione orale quanto più chiara e completa possibile.

L'utilizzo di un protocollo che permetta di aver ben chiari quali siano gli aspetti più importanti e imprescindibili per attuare una buona comunicazione e quindi un buon rapporto di cura è sicuramente importante. Nello stesso tempo però è bene sottolineare come, in un contesto così passibile di variabili soggettive qual è quello dell'ambulatorio dentistico, non sia possibile attuare il protocollo in maniera standardizzata per ogni paziente. Le modalità di comunicazione infatti devono variare in base al soggetto che l'igienista ha di fronte pur essendoci dei punti fermi sempre validi da cui partire. L'arte della comunicazione quindi non è mai stabile ma sempre in continuo mutamento e può variare anche durante l'evoluzione del rapporto con il singolo paziente.

L'igienista, che all'interno di uno studio dentistico rappresenta il tramite principale con l'odontoiatra, deve diventare una figura fidata e amichevole, in grado di contribuire a ridurre la paura o l'ansia del paziente nei confronti dello studio dentistico, qualora fossero presenti, ed entrare in sintonia con il paziente aggiornando il dentista su notizie che possono influenzare la salute del paziente stesso.

La comunicazione in ambito sanitario infine non può essere spontanea, ma va disciplinata per indirizzarne il risultato: il carattere fondamentale della comunicazione in un ambiente professionale è quello dell'essere un atto guidato dalla consapevolezza, un atto cioè caratterizzato da intenzionalità. Conoscere gli aspetti che influenzano la comunicazione ed essere in grado di utilizzarli in maniera consapevole è il primo passo verso una relazione di cura completa, l'obiettivo a cui tutti i professionisti sanitari dovrebbero tendere.

BIBLIOGRAFIA

1. A. Mehrabian (1969), "*Significance of Posture and Position in the Communication of Attitude and Status Relationships*" in "*Psychological Bulletin*", May;71(5):359-72, DOI: 10.1037/h0027349.
2. A. Drahotová, A. Costall et al. (2008), "*The vocal communication of different kinds of smile*" in "*Speech Communication*" vol. 50, April 2008, 278-287.
3. A. Kalet et al., *Teaching Communication in Clinical Clerkships: Models from the Macy Initiative in Health Communications* in "*Academic Medicine*" vol. 79, giugno 2004.
4. A. Krasnoryadtseva et al. (2020), "*The effect of different styles of medical illustration on information comprehension, the perception of educational material and illness beliefs*" in "*Patient Education and Counseling*", Mar;103(3):556-562, DOI: 10.1016/j.pec.2019.09.026.
5. A. Lazarus (2013), "*Can we talk? The search for common ground in the doctor-patient relationship*" in "*The Journal of medical practice management*", Nov-Dec 2013;29(3):152-6.
6. A. Mehrabian, 1968, "*Relationship of attitude to seated posture, orientation and distance*" in "*Journal of Personality and Social Psychology*", Vol. 10, No. 1, 26-30, DOI: 10.1037/h0026384.
7. A. Tani Botticelli, *Imparando dall'esperienza, Testo-Atlante di Igiene Orale*, Ariminum Odontologica Edizioni, 2007, capitolo 8

8. A.J. Beamish, J.J. Foster et al. (2019), "*What's in a smile? A review of the benefits of the clinician's smile*" in "*Postgraduate Medical Journal*", Feb;95(1120):91-95, DOI: 10.1136/postgradmedj-2018-136286
9. A.J. Linn et al. (2018), "*Creating a synergy effect: A cluster randomized controlled trial testing the effect of a tailored multimedia intervention on patient outcomes*" in "*Patient Education and Counseling*", vol. 101, agosto 2018, 1419-1426, DOI: 10.1016/j.pec.2018.03.017.
10. A.S. Epstein (2013), "*Not just words: caring for the patient by caring about language*" in "*JAMA Internal Medicine*", May 13;173(9):727-8, DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.365
11. B. Torrez, C. Wakslak et al. (2019), "*Dynamic distance: Use of visual and verbal means of communication as social signals*" in "*Journal of Experimental Social Psychology*", vol. 85, novembre 2019, 103849, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2019.103849>.
12. C. Becker, S. Hunziker (2019), "*The importance of communication between physicians and patients*" in "*Therapeutische Umschau*", 2019;76(5):231-238, DOI: 10.1024/0040-5930/a001095.
13. C. Dumitriu et al. (2014), "*Communicative Skill and/or Communication Competence?*" in "*Procedia - Social and Behavioral Sciences*", vol. 141, 25 August 2014, 489-493, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.05.085>.
14. C. Pensieri, G. Delle Chiaie et al. (2018), "*Doctor-patient communication tricks. Oncological study at Campus Bio-Medico University of Rome*" in "*La*

- Clinica terapeutica*", Sep-Oct 2018;169(5): e224-e230, DOI: 10.7417/CT.2018.2083
- 15.C. Reigada et al. (2019), "*Understanding illnesses through a film festival: An observational study*" in "*Heliyon*", Ago;5(8): e02196, DOI: 10.1016/j.heliyon.2019.e02196.
- 16.C. Teutsch (2003), "*Patient-doctor communication*" in "*The Medical clinics of North America*", Sep;87(5):1115-45, DOI: 10.1016/s0025-7125(03)00066-x.
- 17.D. Schubbe et al. (2020), "*Using pictures to convey health information: A systematic review and meta-analysis of the effects on patient and consumer health behaviors and outcomes*" in "*Patient Education and Counseling*", Oct;103(10):1935-1960, DOI: 10.1016/j.pec.2020.04.010.
- 18.D.L. Yeung et al. (2003), "*Low-health literacy flashcards & mobile video reinforcement to improve medication adherence in patients on oral diabetes, heart failure, and hypertension medications*" in "*Journal of the American Pharmacists Association*", Gen-Feb 2017;57(1):30-37, DOI: 10.1016/j.japh.2016.08.012.
19. E. Nagy et al. (2020), "*Effects of Handshake Duration on Other Nonverbal Behavior*" in "*Perceptual and motors skills*", Feb;127(1):52-74, DOI: 10.1177/0031512519876743
- 20.E.A. Abrar et al. (2020), "*Development and evaluation educational videos of diabetic foot care in traditional languages to enhance knowledge of patients diagnosed with diabetes and risk for diabetic foot ulcers*" in "*Primary Care*

Diabetes, vol. 14, April 2020, 104-110, DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.06.005>.

21. H. Marty, Y. Bogenstatter et al. (2012), "*How well informed are patients when leaving the emergency department? comparing information provided and information retained*" in "*Emergency medicine journal*", 2013 Jan;30(1):53-7, DOI: 10.1136/emmermed-2011-200451.
22. H. Riess, G. Kraft-Todd (2014), "*E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients*" in "*Academic Medicine*", Agosto; 89(8):1108-12, DOI: 10.1097/ACM.0000000000000287.
23. I. W. Marion, T. M. Nelson, 2016, "*Dental stories for children with autism*", in "*Special Care Dentistry Association*", DOI: 10.1111/scd.12167.
24. I.P. Carvalho et al. (2010), "*Teaching doctor-patient communication - a proposal in practice*" in "*Acta Medica Portuguesa*", May-Jun 2010;23(3):527-32.
25. J. W.Y. Kee, H.S. Khoo et al. (2018), "*Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints*" in "*Health Professions Education*" vol. 4, giugno 2018, 97-106, DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>.
26. J. Silverman, S. Kurtz, J. Draper, *Skills for Communicating with Patients*, Radcliffe Publishing Ltd, 2013, traduzione di Sara De Sanso, *Competenze per comunicare con i pazienti*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A. , 2015

27. J.K. Baskaradoss (2018), "*Relationship between oral health literacy and oral health status*" in "*BMC Oral Health*", Ott. 24;18(1):172, DOI: 10.1186/s12903-018-0640-1.
28. J.L. Pimentel do Rosario et al. (2012), "*Can sadness alter posture*" in "*Journal of Bodywork and Movement Therapies*", vol. 17, luglio 2013, 328-331, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2012.12.001>.
29. J.L. Rosario et al. (2016), "*Angry Posture*" in "*Journal of Bodywork and Movement Therapies*", vol. 20, 457-460, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2016.01.002>.
30. K. A. Atchison et al. (2017), "*The value of a combined word recognition and knowledge measure to understand characteristics of our patients' oral health literacy*" in "*Community Dentistry and Oral Epidemiology*", Agosto;45(4):380-388, DOI: 10.1111/cdoe.12301.
31. Kadanakuppe S (2015), "*Effective Communication and Empathy Skills in Dentistry for Better Dentist-Patient Relationships*", in "*Journal of Dental Problems and Solutions*", 2(3): 058-059. DOI: 10.17352/2394-8418.000020.
32. L. Prieto-Pinto et al. (2019), "*Effectiveness assessment of maternal and neonatal health video clips in knowledge transfer using neuromarketing tools: A randomized crossover trial*" in "*PLoS One*" 14(5): e0215561, DOI: 10.1371/journal.pone.0215561.
33. L. Sammicheli, C. Nozzoli (2017), "*La procedura comunicativa Calgary-Cambridge*" in "*Quaderni-Italian Journal of Medicine*", vol. 5(1):13-22.

34. L.B. Mauksch et al. (2008), "*Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review*" in "*Archives of internal medicine*", Jul 14;168(13):1387-95, DOI: 10.1001/archinte.168.13.1387.
35. Linda Miller (2002), "*Effective Communication With Older People*", in "*Nursing Standard*", nov 13-19;17(9):45-50; DOI: 10.7748/ns2002.11.17.9.45.c3298.
36. M. Gorney (1999), "*The role of communication in the physician's office*" in "*Clinics in plastic surgery*", Jan;26(1):133-41.
37. M. Jawad Hashim (2017), "*Patient-Centered Communication: Basic Skills*" in "*American family Physician*", Jan 1;95(1):29-34.
38. M. S. Mast (2007), "*On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction*" in "*Patient Education and Counseling*", vol. 67, agosto 2007, 315-318, DOI: 10.1016/j.pec.2007.03.005.
39. M.A. Mazzi et al. (2018), "*Which patient and doctor behaviours make a medical consultation more effective from a patient point of view. Results from a European multicentre study in 31 countries*" in "*Patient education and counseling*", Oct;101(10):1795-1803, DOI: 10.1016/j.pec.2018.05.019.
40. M.D. Macek et al. (2010), "*Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results*" in "*Journal of Public Health Dentistry*", Summer 2010;70(3):197-204, DOI: 10.1111/j.1752-7325.2010.00165.x.

41. M.Gangale, L.Ghianda “*Comunicazione emozionale*” , Quintessenza, 2020.
42. M.K. Marvel, M.R. Epstein et al. (1999), “ *Soliciting the patient's agenda: have we improved?*” in “*Jama*”, Jan 20;281(3):283-7, DOI: 10.1001/jama.281.3.283.
43. Mihai Valentin Ciolacu (2014), *Facial expression and non verbal communication* in “*Procedia - Social and Behavioral Sciences*”, vol.127, 878 – 882.
44. P.A. Barrier, J.T.C. Li et al. (2003), “*Two words to improve physician-patient communication: what else?*” in “*Mayo clinic proceedings*”, Feb;78(2):211-4. DOI: 10.4065/78.2.211.
45. P.M. Ruberton et al. (2016), “*The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health*” in “*Patient education and counseling*”, Jul;99(7):1138-1145, DOI: 10.1016/j.pec.2016.01.012.
46. P.S. Houts et al. (2005), “*The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence*” in “*Patient Education and Counseling*”, vol. 61, maggio 2006, 173-190, DOI: 10.1016/j.pec.2005.05.004.
47. R.B. Mboizi et al. (2017), “*Recall and decay of consent information among parents of infants participating in a randomized controlled clinical trial using an audio-visual tool in The Gambia*” in “*Human Vaccines & Immunotherapeutics*” , 2;13(9):2185-2191. DOI: 10.1080/21645515.2017.1320624.

48. R. Brignardello-Petersen (2018), "*Feeling welcomed, time spent on appointment, and receiving information were associated with patient satisfaction in highly satisfied patients from a primary care setting*" in "*The Journal of the American Dental Association*", vol. 149, April 2018, 74.
49. R.M. Hermann et al. (2019), "*Improving Patients' Experiences Communicating With Nurses and Providers in the Emergency Department*" in "*Journal of Emergency nursing*", Sep;45(5):523-530, DOI: 10.1016/j.jen.2018.12.001.
50. R.P. Levin (2008), "*Developing lifetime relationships with patients: strategies to improve patient care and build your practice*" in "*The journal of contemporary dental practice*", Jan 1;9(1):105-12.
51. R.Z. Pinto et al. (2012), "*Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review*" in "*Journal of Physiotherapy*", vol. 58, June 2012, 77-87, DOI: [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70087-5](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70087-5).
52. Ruth Freeman (1999), "*Communicating effectively: some practical suggestions*" in "*British dental journal*", vol. 187,240–244, DOI: 10.1038/sj.bdj.4800251.
53. S. Dash et al. (2015), "*Audio-visual aid in teaching "fatty liver"*" in "*Biochemistry and Molecular Biology Education*", 2016 maggio ;44(3):241-5 , DOI: 10.1002/bmb.20935.
54. S. Misra et al. (2013), "*Dentist-patient communication: what do patients and dentists remember following a consultation? Implications for patient*

- compliance* in *"Patient Preference and Adherence"*, Jun 17;7:543-9, DOI: 10.2147/PPA.S43255.
55. S. Petrocchi et al. (2019), *"Interpersonal trust in doctor-patient relation: Evidence from dyadic analysis and association with quality of dyadic communication"* in *"Social Science & Medicine"*, vol. 235, August 2019, 112391, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112391>.
56. S. Rees, A. Williams (2009), *"Promoting and supporting self-management for adults living in the community with physical chronic illness: A systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter"* in *"JBI library of systematic reviews"*, 7(13):492-582, DOI: 10.11124/01938924-200907130-00001.
57. S.A. Fathima (2019), *"Communication: An Effective and Efficient Tool in Dentistry"* in *"Acta Scientific Dental Sciences"* , vol.3, agosto 2019, DOI 10.31080/ASDS.2019.03.0598
58. S.M. Kurtz, J D Silverman (1996) *"The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes"* in *"Medical Education"*, Mar;30(2):83-9, DOI: 10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x.
59. Ufficio III Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ministero della Salute, *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti* in *"Ministero della Salute"*, maggio 2015, 13-18.

- 60.V. De Crescenzo, M. Manini (2017), "*La procedura comunicativa Calgary-Cambridge*" in "*Quaderni-Italian Journal of Medicine*", vol.5(1):23-26.
61. Victoria Wilson (2020), ""*Scaling*" e "*Polishing*" - "*Pulizia*": sfida tra le parole nell'ambito dell'igiene dentale", in "*Periocampus Herald: The voice of the Periodontist*", Febb 21, <https://herald.periocampus.com/it/node/22>.