

volume 5
ISSUE 1
2017 Febbraio



SOCIETÀ
SCIENTIFICA
DI MEDICINA
INTERNA

FADOI

FEDERAZIONE
DELLE ASSOCIAZIONI
DEI DIRIGENTI
OSPEDALIERI
INTERNISTI

QUADERNI

dell'Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital
and Internal Medicine*

Editor in Chief
Roberto Nardi

The official journal of the Federation of Associations
of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

**La comunicazione con il paziente e tra professionisti
nella gestione del paziente complesso in Medicina Interna**

Guest Editors: S. Lenti, M. Felici, M. Campanini, A. Fontanella, R. Nardi, G. Gussoni

Società Scientifica FADOI - Organigramma

PRESIDENTE NAZIONALE

Andrea Fontanella, Napoli, Italy

PRESIDENTE ELETTO

Dario Manfellotto, *Roma, Italy*

PAST PRESIDENT

Mauro Campanini, *Novara, Italy*

SEGRETARIO

Micaela La Regina, *La Spezia, Italy*

SEGRETARIO VICARIO

Andrea Montagnani, *Grosseto, Italy*

STAFF DI SEGRETERIA

<i>Comunicazione</i>	Paola Gnerre, <i>Savona, Italy</i>
<i>Ricerca</i>	Roberta Re, <i>Novara, Italy</i>
<i>Formazione</i>	Maurizia Gambacorta, <i>Todi (PG), Italy</i>

TESORIERE

David Terracina, *Roma, Italy*

STAFF DI TESORERIA

Francesco D'Amore, *Roma, Italy*

PRESIDENTE FONDAZIONE FADOI

Mauro Campanini, *Novara, Italy*

COORDINATORE

Giuseppe Augello, *Canicattì (AG), Italy*

**DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA
"CENTRO STUDI FADOI"**

<i>Direttore</i>	Giancarlo Agnelli, <i>Perugia, Italy</i>
<i>Direttore vicario</i>	Francesco Dentali, <i>Varese, Italy</i>

**DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE
E AGGIORNAMENTO**

Direttore Mauro Silingardi, *Guastalla (RE), Italy*

**COORDINAMENTO FORMAZIONE
AREA CENTRO-NORD**

Francesco Orlandini, *La Spezia, Italy*

**COORDINAMENTO FORMAZIONE
AREA CENTRO SUD**

Uomo Generoso, *Napoli, Italy*

COORDINATORE COMMISSIONE GIOVANI

Flavio Tangianu, *Oristano, Italy*

**MEMBRO FISM E RESPONSABILE
PER L'INNOVAZIONE IN MEDICINA INTERNA**

Antonino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*

"ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE"

Editor in Chief Giorgio Vescovo, *Padova, Italy*

**RESPONSABILE DEI QUADERNI DELL'IJM
E EDIZIONI ON LINE**

Roberto Nardi, *Bologna, Italy*

**DELEGATO FADOI ITALIAN STROKE ORGANIZATION
E CONSULTA CARDIOVASCOLARE**

Michele Stornello, *Siracusa, Italy*

RAPPORTI CON EFIM

Gualberto Gussoni, *Milano, Italy*
Ombretta Para, *Firenze, Italy*
Giorgio Vescovo, *Padova, Italy*

**RESPONSABILE SITO NAZIONALE
E COMUNICAZIONE**

Salvatore Lenti, *Arezzo, Italy*

RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ

Franco Berti, *Roma, Italy*

RESPONSABILE CLINICAL COMPETENCE

Nino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*

RESPONSABILE AREA ECOGRAFIA

Francesco Cipollini, *Ascoli Piceno, Italy*
Marcello Romano, *La Spezia, Italy*

RESPONSABILE MEDICINA DI GENERE

Cecilia Politi, *Isernia, Italy*

RESPONSABILE AREA NUTRIZIONE

Roberto Risicato, *Siracusa, Italy*
Luciano Tramontano, *Praia a Mare (CS), Italy*

RESPONSABILE AREA DI CLINICAL GOVERNANCE

Giovanni Iosa, *Cesenatico (FC), Italy*
Stefano De Carli, *Udine, Italy*

Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital
and Internal Medicine*



Fondazione FADOI - Organigramma

PRESIDENTE NAZIONALE

Mauro Campanini, *Novara, Italy*

COORDINATORE

Giuseppe Augello, *Canicattì (AG), Italy*

DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA "CENTRO STUDI FADOI"

Direttore Giancarlo Agnelli, *Perugia, Italy*
Direttore vicario Francesco Dentali, *Varese, Italy*

SEGRETERIA

Grazia Panigada, *Pescia (PT), Italy*

RESPONSABILE AREA MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Paolo Verdecchia, *Assisi (PG), Italy*

STAFF AREA MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Cecilia Becattini, *Perugia, Italy*
Pierpaolo Di Micco, *Napoli, Italy*
Fernando Gallucci, *Napoli, Italy*
Alessandro Squizzato, *Varese, Italy*

RESPONSABILE AREA MALATTIE INFETTIVE

Ercole Concia, *Verona, Italy*

STAFF AREA MALATTIE INFETTIVE

Anna Maria Azzini, *Verona, Italy - (Non FADOI)*
Gianluca Giuri, *Castelnovo ne' Monti (RE), Italy*
Matteo Giorgi Pierfranceschi, *Piacenza, Italy*
Carlo Tascini, *Pisa, Italy*

RESPONSABILE AREA MALATTIE RESPIRATORIE

Leonardo Fabbri, *Reggio Emilia, Italy*

STAFF AREA MALATTIE RESPIRATORIE

Bianca Beghè, *Reggio Emilia, Italy*
Gaetano Cabibbo, *Modica (RG), Italy - (Non FADOI)*
Francesco Corradi, *Firenze, Italy*
Francesco Ventrella, *Cerignola (FG), Italy*

RESPONSABILE AREA MALATTIE REUMATOLOGICHE

Carlo Salvarani, *Reggio Emilia, Italy*

STAFF AREA MALATTIE REUMATOLOGICHE

Paola Faggioli, *Legnano (MI), Italy*
Laura Morbidoni, *Senigallia (AN), Italy*
Nicolò Pipitone, *Reggio Emilia, Italy*
Tito D'Errico, *Napoli, Italy - (Non FADOI)*

RESPONSABILE AREA MALATTIE METABOLICHE

Roberto Vettor, *Padova, Italy*

STAFF AREA MALATTIE METABOLICHE

Tiziana Attardo, *Agrigento, Italy*
Giovanni Gulli, *Savigliano (CN), Italy*
Ada Maffettone, *Napoli, Italy*
Maurizio Nizzoli, *Forlì, Italy*

RESPONSABILE AREA ORGANIZZATIVA IN MEDICINA INTERNA

Antonio Greco, *San Giovanni Rotondo (FG), Italy*

STAFF AREA ORGANIZZATIVA IN MEDICINA INTERNA

Marco Candela, *Jesi (AN), Italy*
Valentino Moretti, *San Daniele del Friuli (UD), Italy*
Filomena Pietrantonio, *Brescia, Italy*
Elisa Romano, *La Spezia, Italy*

DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Mauro Silingardi, *Guastalla (RE), Italy*

COORDINAMENTO DI AREA FORMATIVA CENTRO-NORD

Francesco Orlandini, *La Spezia, Italy*

COORDINAMENTO DI AREA FORMATIVA CENTRO SUD

Generoso Uomo, *Napoli, Italy*

STAFF DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Roberto Frediani, *Domodossola (VB), Italy*
Marco Grandi, *Sassuolo (MO), Italy*

SEGRETERIA DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Luigi Magnani, *Voghera (PV), Italy*

BOARD SCIENTIFICO

Clelia Canale, *Reggio Calabria, Italy*
Fabrizio Colombo, *Milano, Italy*
Giuseppe De Mattheis, *Città Sant'Angelo (PE), Italy*
Massimo Giusti, *Torino, Italy*
Luca Masotti, *Cecina (LI), Italy*
Nicola Mumoli, *Livorno, Italy*
Maurizio Ongari, *Porretta Terme (BO), Italy*
Ruggero Pastorelli, *Colleferro (RM), Italy*
Fulvio Pomerio, *Savigliano (CN), Italy*
Roberto Risicato, *Siracusa, Italy*
Antonio Sacchetta, *Conegliano (TV), Italy*
Giancarlo Tintori, *Pisa, Italy*

COMMISSIONE TECNICHE E METODICHE INNOVATIVE DI FORMAZIONE E VERIFICA

Responsabile dell'Innovazione in Medicina Interna
Antonino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*

STAFF

Francesco Dentali, *Varese, Italy*
Andrea Montagnani, *Grosseto, Italy*
Filippo Pieralli, *Firenze, Italy*

DIRETTORE SCIENTIFICO FONDAZIONE FADOI

Gualberto Gussoni, *Grosseto, Italy*

REFERENTI SLOW MEDICINE

Roberto Frediani, *Domodossola (VB), Italy*
Luigi Lusiani, *Castelfranco Veneto (TV), Italy*

RESPONSABILE AREA DOLORE

Domenico Panuccio, *Bologna, Italy*

QUADERNI - Italian Journal of Medicine

LA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE E TRA PROFESSIONISTI NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE COMPLESSO IN MEDICINA INTERNA

Guest Editors: S. Lenti, M. Felici, M. Campanini, A. Fontanella,
R. Nardi, G. Gussoni

RASSEGNE

Introduzione	1
<i>M. Campanini</i>	
La comunicazione tra professionisti	2
<i>A. Fontanella</i>	
Il valore della comunicazione in medicina interna	7
<i>A. Greco, M. Greco, G. D'Onofrio, D. Sancarlo</i>	
Le Communication Skills come Evidence Based Medicine.	10
<i>M. Felici, S. Lenti</i>	
La procedura comunicativa Calgary-Cambridge	13
<i>L. Sammicheli, C. Nozzoli</i>	
La procedura comunicativa Macy Model	23
<i>V. De Crescenzo, M. Manini</i>	
La Medicina e la Ricerca <i>disease, patient e person-oriented</i>	27
<i>G. Gussoni, L. Bellesia, S. Frasson, A. Valerio, E. Zagarrì</i>	
I contesti clinici e comunicativi della medicina	33
<i>M. Felici, S. Lenti</i>	
L'illness del paziente: una Evidence Based Medicine nella medicina della complessità	39
<i>L. Occhini, A. Pulerà, M. Felici</i>	
Illness e comportamento di malattia.	46
<i>L. Occhini, A. Pulerà, M. Felici</i>	
Il paradosso della prognosi: il dilemma della comunicazione nella prognosi in medicina interna	55
<i>R. Ruggeri, L. Magnani, M. Murolo, G. Colombo, F. Colombo</i>	
Il terzo incomodo, ovvero, come la tecnologia informatica ha influenzato la relazioni medico-paziente	61
<i>S. De Carli, M. Rondana, V. Moretti</i>	
La comunicazione efficace come strumento per aumentare l'aderenza alla terapia ovvero l'<i>alleanza terapeutica</i>	65
<i>A. Galanti, L. S. Martin Martin, M. Semprini, D. Terracina</i>	
Il valore della comunicazione nei sistemi sanitari.	73
<i>M. Sandroni</i>	

Introduzione

Mauro Campanini

Dipartimento di Medicina Interna 2, Ospedale Maggiore della Carità, Novara, Italia

In questi ultimi anni si sono definite nuove responsabilità nel ruolo degli operatori sanitari sia per quanto riguarda le risposte da dare alle sempre più complesse ed articolate esigenze dell'utente, sia per creare quel clima di empatia fondamentale per un buon esito del processo di cura. Tali cambiamenti richiedono che il medico internista, in particolare, che deve affrontare da un lato le diagnosi *difficili* e dall'altro la complessità clinica ed assistenziale dei pazienti ricoverati in Medicina Interna, acquisisca competenze comunicative e relazionali in modo da poter favorire al meglio l'integrazione professionale. La comunicazione pertanto assume un ruolo sempre più centrale per il personale sanitario nelle sue principali articolazioni: operatore-utente, operatore-operatore, medici-medici ed infermieri-infermieri.

Negli ultimi anni è radicalmente cambiato l'aspetto organizzativo dell'ospedale sempre più basato su principi di *governance* e di un sapere medico basato sull'evidenza. Come conseguenza, anche le aspettative e le esigenze dei pazienti e dei loro famigliari sono cambiate con nuove istanze a riguardo del rapporto desiderato tra medico e paziente. Si è andato via via affermando un progressivo aumento delle aspettative dei pazienti con l'idea, la convinzione di una guarigione quasi sempre possibile, della vittoria della vita sulla morte. Questa idea si è affermata anche per la spinta non sempre corretta ed adeguata dal punto di vista scientifico, degli organi di comunicazione.

La fiducia nel medico non è più qualcosa di dato a priori, di scontato ma deve essere acquisita, conquistata attraverso un rapporto dedicato e continuativo.

La possibilità per i pazienti di accedere a fonti di formazione sanitaria quali i giornali, internet e la televisione, ma senza avere le competenze culturali specifiche per poter interpretare in modo corretto quanto raccolto, ha creato la necessità di nuove metodiche di relazione. L'informazione sanitaria che viene fornita dai media spesso più che informativa è confusiva e questo crea ulteriori difficoltà e disagi. Il medico pertanto deve avere anche un ruolo nel modificare ed indirizzare in modo corretto le informazioni in ambito sanitario attraverso un difficile lavoro di relazione e di comunicazione spesso vissuto con difficoltà e disagio.

Altro aspetto è la comunicazione fra operatori sanitari che diventa essenziale proprio alla luce delle sempre maggiori acquisizioni tecnologiche e della complessità degli interventi sanitari. La frammentazione del percorso di cura, anche per cause contingenti, ad esempio in rapporto alle turnazioni del personale, può essere superata solo con un'adeguata e strutturata comunicazione.

Per tutte queste ragioni la FADOI ha deciso, con forza, di promuovere un'iniziativa editoriale e di formazione sulla comunicazione ritenendo questo aspetto come fondamentale nel percorso di ogni medico ed operatore sanitario al pari delle competenze tecnico-scientifiche.

Corrispondente: Mauro Campanini, Dipartimento di Medicina Interna 2, Ospedale Maggiore della Carità, Novara, Italia.
E-mail: mauro.campanini@maggioreosp.novara.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright M. Campanini, 2017
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):1

La comunicazione tra professionisti

Andrea Fontanella

Presidente Nazionale FADOI; Dipartimento di Medicina Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italia

Introduzione

La comunicazione tra operatori, di uguale o diverso profilo professionale, è globalmente considerata un fattore chiave per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza dei trattamenti sanitari.¹

Nell'introduzione del documento australiano *Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care*,² si sostiene che una comunicazione inefficace - intempestiva, non accurata o incompleta - è il principale fattore contribuente agli errori in campo sanitario, con danni per la salute dei pazienti ed effetti negativi sul piano emotivo (per il paziente e i suoi familiari) e sui costi sociali.

La crescente complessità assistenziale e la prevalenza di patologie croniche riacutizzate in pazienti fragili, prevalentemente anziani, richiedono l'intervento di professionisti capaci di lavorare insieme, di *collaborare* in maniera comprensiva e dinamica. L'integrazione delle conoscenze e delle capacità tecniche e relazionali dei singoli attori del sistema sanitario è il principale meccanismo per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali e per la riduzione dei contenziosi medico-legali.

La premessa su cui è necessario soffermarsi, prima di entrare nello specifico dell'argomento, è proprio nei termini *comunicazione comprensiva e capacità relazionali*.

Le varie categorie professionali, infatti, spesso comunicano tra di loro con un vero e proprio linguaggio gergale, ingenerando quella che, appunto in termine

tecnico, è chiamata *gergoafasia*, ossia un linguaggio criptico decodificabile solo dai tecnici del settore. Si determina così quella che è definita *comunicazione asimmetrica*, nella quale l'asimmetria è indotta dalle differenze tra competenze e potere. In quest'ambito l'uso dei linguaggi settoriali riveste una funzione volutamente gergale, diretta a escludere dall'accesso ai contenuti della comunicazione chi non appartiene al proprio gruppo.

I gerghi di mestiere o di categoria condividono, storicamente, con quelli della malavita un nucleo lessicale comune (→gergo) cui va aggiunto, come specificità, un lessico tecnico proprio delle diverse attività lavorative, spesso desunto dai dialetti (per le varie arti e mestieri) o dalle lingue morte (greco e latino) o straniere per le professioni.

Le condizioni pragmatiche della produzione e ricezione del linguaggio tecnico includono le caratteristiche sociali degli interlocutori in quanto portatori di ruoli. Si possono distinguere allora, come categorie: gli esperti dello stesso ramo (per es., carpentieri in un cantiere), gli esperti di settori diversi (per es., economisti e giuristi) o di rami diversi dello stesso settore (per es., architetti e ingegneri), *gli esperti a livelli diversi dello stesso ramo* (per es., medici e infermieri in ospedale), i semi esperti (persone con competenze tecniche acquisite al di fuori della formazione professionale specifica, per es., gli appassionati di bricolage; o persone in corso di formazione, come gli apprendisti e gli studenti), i profani.

Il gergo, pertanto, diviene una forma di comunicazione simmetrica solo nell'ambito di un livello tecnico omogeneo di competenze e, in tale ambito, ha uno specifico significato e funzione che è quella del principio dell'economia e dell'efficienza sul piano dell'espressione. Le competenze tecniche e linguistiche degli interlocutori esperti intervengono, infatti, a risolvere i casi che ai profani apparirebbero di difficile o impossibile interpretazione, per es., i problemi posti da testi con un basso grado di coesione e di chiarezza, e con molti accorciamenti e abbreviazioni tecniche di vario genere, nonché i fenomeni di polisemia non risolvibili in base a criteri formali, presenti nel contesto.

Le funzioni cognitive della comunicazione specialistica portano a considerare la competenza tecnica degli interlocutori come rappresentazione mentale di

Corrispondente: Andrea Fontanella, Presidente Nazionale FADOI; Dipartimento di Medicina Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, via Manzoni 220, 80123 Napoli, Italia. E-mail: andreafontanella52@gmail.com

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright A. Fontanella, 2017
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):2-6

sistemi di sapere.³ In tale prospettiva appare evidente che gli ostacoli comunicativi, ricondotti in molta critica linguistica all'uso di tecnicismi non adeguatamente spiegati da parte di esperti che si rivolgono a profani, non sono in realtà eliminabili soltanto con riformulazioni semplificanti.

Tra i lessici specialistici, quello medico vanta la presenza più alta nei dizionari, circa il 5,45% del totale.⁴ Un indice di radicamento nella storia del lessico italiano, ma anche di continuità nel tempo che non accenna a rallentare: l'apporto delle scienze biomediche alle nuove accessioni nei maggiori dizionari è secondo, quantitativamente, solo a quello della politica.

Un settore del lessico medico in forte espansione è quello rappresentato dai tecnicismi collaterali, a conferma di una progressione che è evidente anche nelle altre grandi lingue occidentali. Nella stratigrafia lessicale il latino è ormai diventato un relitto inerte, molto più evidente è, invece, l'ingresso degli anglicismi, che hanno finito per scalzare lessemi di altra origine: per es. i francesismi.

Comunicazione tra professionisti in ospedale

Fatta questa sgomentevole premessa lessicale, è necessario evidenziare come in ambito professionale il principio base è che *non si può non comunicare*, tenendo presente che in una situazione relazionale, ogni comportamento è interpretato come una comunicazione. Comunicazione non è solo informazione, bensì è il processo attraverso cui l'Emittente sceglie i codici (segni, simboli, ecc.) ritenuti più adeguati per far comprendere il proprio messaggio al Ricevente. Il mezzo è il metodo utilizzato per *trasportare* il messaggio dall'Emittente al Ricevente e spesso è determinato dal tipo e dall'obiettivo della comunicazione. A tal punto il Ricevente recepisce e interpreta il messaggio che gli è stato inviato (Figura 1). Se si vogliono trasmettere delle informazioni l'importante è dire, ma se si vuole *comunicare* l'importante è la reazione. Tramite il feedback, messaggio di ritorno o retroazione, l'emittente può modificare il suo comportamento per meglio adeguarlo alle esigenze della situazione.



Figura 1. Schema della comunicazione.

Per esempio: i) rallenta il ritmo; ii) passa ad un linguaggio più elementare; iii) fornisce informazioni che riteneva superflue; iv) evita di ripetere ciò che appare già ben compreso; v) ripete lo stesso messaggio in una forma espositiva diversa.

La comunicazione tra professionisti in ospedale si realizza con l'IP (disposizioni ...), con il collega di reparto (consegne ...), con il collega di un altro reparto (consulenza ...), cui si può aggiungere anche la comunicazione con le strutture manageriali (budget ...), cui, però, non si farà accenno.

Ad esempio, per trasmettere una «consegna» in ambito sanitario è necessario: pensare, dire, osservare la reazione per essere certi di esser stati compresi, verificare che si sia fatto ciò che si è detto. Può sembrare poco credibile, ma nella vita quotidiana non è inconsueto trovare operatori sanitari (specie medici) che, per il solo fatto di avere pensato e accennato velocemente una disposizione, ritengono che essa sia stata attuata.

Le più frequenti cause alla base delle difficoltà di comunicazione tra medici sono rappresentate fondamentalmente da: i) complessità e dinamicità del sistema sanitario; ii) i bisogni degli assistiti, che spesso si manifestano inaspettatamente e richiedono quindi scambi informativi non programmati tra sanitari già oberati di impegni; iii) numerosità dei sanitari, di differenti discipline, che intervengono nelle cure di un paziente, anche nell'arco di una giornata, talvolta in luoghi diversi, con conseguenti limiti nella possibilità di interazioni *face-to-face*.

Nella comunicazione tra categorie dello stesso ramo, ma gerarchicamente differenti, i principali ostacoli sono dati da: i) tensione storica e rapporto gerarchico tra le diverse categorie professionali. A carico dei medici si additano i comportamenti aggressivi o sprezzanti, le manifestazioni di potere, le questioni di genere, quali potenziali cause di pericoli per la sicurezza clinica, in quanto elementi che trattengono gli altri professionisti da una franca comunicazione sui problemi dei pazienti o sulle preoccupazioni che possano essere insorte a loro riguardo. ii) Differenti stili di comunicazione e diversa terminologia impiegata. I percorsi formativi - specie di medico e infermiere - sottostanno a divergenti punti di vista, a differenti modelli di valutazione e a non univocità interpretativa e inducono ad apprendere stili di comunicazione sostanzialmente diversi. Questo retroterra non facilita né il confronto né una collaborazione aperta. iii) Processi comunicativi poco efficaci.

La questione gerarchica ha una valenza internazionale ed è molto evidente anche nel nostro Paese, dove la lunga stagione della dipendenza dal medico dell'infermiere e di altri professionisti sanitari è perdurata fino al varo della legge 42/99 che, nel dettare disposizioni in materia di professioni sanitarie, ha so-

stituito allo status di *professionista sanitario ausiliario* quello di *professionista sanitario tout court*. Infermiere, ostetrica, fisioterapista e altri non sono più stati inquadrati come figure ancillari del medico ma a questi equi ordinate. Con una loro, più o meno ben definita, sfera di autonomia. Tutto ciò ha determinato, o deve farlo, un mutamento degli schemi relazionali consolidatisi nei decenni precedenti. Quest'autonomia di esercizio da parte dell'infermiere ha visto non poche resistenze al cambiamento dalla parte medica, con conseguenti, deprecabili contrapposizioni. Ostacoli al nuovo percorso sono anche le persistenti incertezze riguardanti la responsabilità della complessiva gestione di un paziente.

La componente gerarchica, peraltro, non manca di influenzare in negativo neppure i rapporti tra pari.

Dal punto di vista organizzativo il fattore tempo assume un rilievo di assoluta priorità nell'organizzazione del cosiddetto *Clinical Handover*.^{5,6} Questa è una delle questioni più importanti da considerare per assicurare la continuità di cura del paziente. È possibile, infatti, raggiungere i risultati migliori per il paziente attraverso una buona consegna clinica. Di fronte ai mutevoli modelli di lavoro del medico e dell'infermiere e ai carichi di lavoro, la consegna clinica è una pratica sempre più essenziale. Il personale deve essere sostenuto nel suo sforzo per raggiungere quest'obiettivo e questo significa avere tempo e risorse dedicate.

Quando gli impegni che i professionisti sono chiamati a onorare sono sovraccarichi ed eccessivi rispetto alle effettive possibilità di completa esecuzione, le scorciatoie diventano ineludibili. Il giusto tempo per il *Clinical Handover* deve essere razionalizzato e adeguato, sia per estensione sia per tempestività, soprattutto in occasione di: i) consegne, al cambio di un turno di servizio; ii) trasmissione di informazioni significative ai colleghi di altre branche specialistiche, chiamati a consulenza e/o apporto di prestazione; iii) trasferimento del paziente ad altro contesto di cura; iv) nuovi ricoveri; v) pazienti con rapido deterioramento delle condizioni cliniche.

È evidente come tempistica e durata del *Clinical Handover* saranno diversi nell'ambito della giornata e delle circostanze. Il passaggio notte-mattina, ad esempio, potrebbe essere più protratto di quello mattina-pomeriggio, oppure per eventi specifici, come il trasferimento del paziente ad altra équipe.

Le modalità di svolgimento del *Clinical Handover* variano in relazione alle esigenze del setting assistenziale, potendo realizzarsi verbalmente, con interazione diretta *face-to-face* o attraverso audio-registrazione, anche tramite *WhatsApp*TM, in modalità scritta, mediante appunti informali o su moduli appositi, compresi o meno nella complessiva documentazione sanitaria. Il *face-to-face* nel *Clinical Handover* è ge-

neralmente da preferire, consentendo non solo la trasmissione informativa, ma perché permette un confronto di opinioni, favorisce le domande, e l'esternazione di impressioni e sensazioni che non trovano riscontro nello scritto e che possono, quindi, concedere di cogliere particolari utili al seguito operativo.

Per migliorare la comunicazione e standardizzarla su di un livello di qualità e sicurezza accettabili è indispensabile un cambio culturale, che deve trovare un convinto sostegno da parte dei leader di ogni organizzazione, attraverso l'utilizzo di tool di comunicazione strutturata (es.: SBAR) e di un supporto tecnologico.

Il metodo SBAR (acronimo di *Situation, Back-*

ground, Assessment, Recommendation) nasce in ambito militare dove forte era la necessità da parte degli ufficiali e del personale militare a bordo dei sottomarini, di comunicare tempestivamente e senza errori interpretativi le informazioni. L'utilizzo di tale metodo in ambito sanitario è riconducibile al medico anestesista statunitense Michael Leonard,⁷ il quale, come responsabile della sicurezza dei pazienti, si era interrogato su come migliorare le cure mediche ed in particolare le informazioni trasmesse tra medici (Figure 2 e 3). L'OMS ha dato ampio risalto alla metodica, inserendola dal 2009 a pieno titolo tra i *Communication Tools* per la sicurezza dei pazienti. È adatto per il passaggio delle consegne tra medico-in-

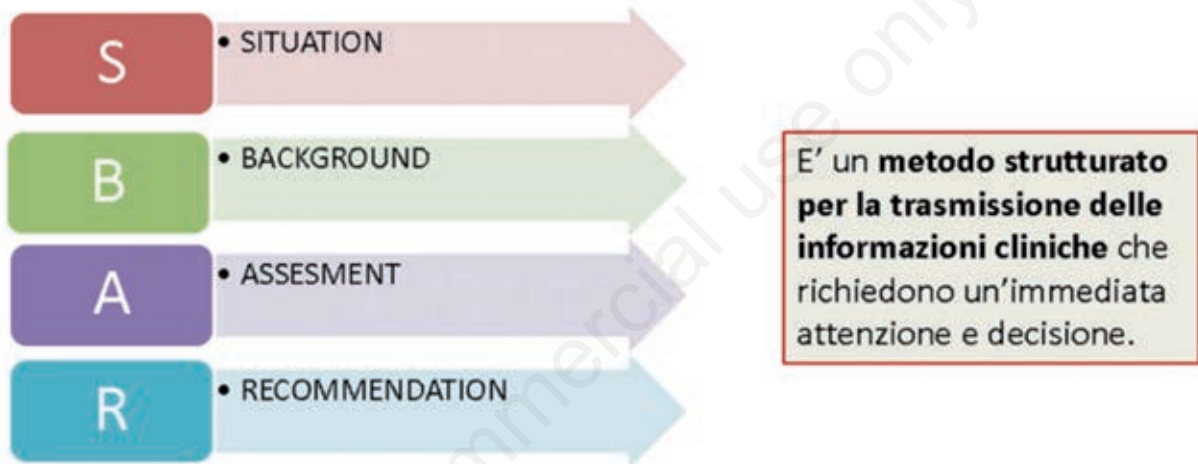


Figura 2. Metodo SBAR.



Figura 3. Applicazione del metodo SBAR.

fermiere, tra medico-medico, tra infermiere-infermiere e quando esiste gerarchia tra attori coinvolti. Permette una trasmissione di consegne conciso, veloce e allo stesso tempo completo e ordinato, riducendo le incomprensioni, la trasmissione di informazioni incomplete e le perdite di tempo. La letteratura è concorde nel considerare la tecnica SBAR lo strumento più efficace da utilizzare in tutte le situazioni in cui vi sia un passaggio di presa in carico dell'assistito. Alcuni recenti studi in area critica,⁸ hanno dimostrato che l'utilizzo dello SBAR favorisce lo sviluppo di schemi mentali, e velocizza il passaggio di informazioni tra operatori, migliora la qualità delle informazioni scambiate, riduce la durata dei punti di transizione senza compromettere la sicurezza e l'impatto emotivo della comunicazione orale.

La metodologia SBAR: i) migliora la comunicazione con conseguente aumento della sicurezza del paziente; ii) consente di comunicare in modo coerente, succinto e preciso tra i membri dell'equipe migliorando il lavoro di squadra; iii) permette di comunicare chiaramente il problema evidenziato; iv) assicura completezza delle informazioni e riduce la probabilità di dati mancanti; v) promuove il pensiero critico ed organizza le informazioni utili; vi) fornisce l'opportunità di proporre un'azione e di prendere decisioni in maniera collaborativa; vii) migliora la relazione tra medici ed altri professionisti (infermieri, ostetriche, tecnici radiologi, fisioterapisti ed altri); viii) migliora la soddisfazione del personale sanitario riconoscendo all'esperto la capacità di proporre in modo assertivo soluzioni a problemi clinico/assistenziali.

Bibliografia

1. The Joint Commission; Joint Commission International; World Health Organization. Communication during patient hand-overs. In: WHO, ed. The nine patient safety solutions, vol. 1, solution 3. Geneva: WHO; 2007. Available from: http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/
2. The Victorian Quality Council. Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care. Melbourne: State of Victoria, Department of Health; 2010. Available from: <http://www.health.vic.gov.au/>
3. Lita Lundquist L, RJ Jarvella. On the structure of legal knowledge: the importance of knowing legal rules for understanding legal texts. In: Lita Lundquist L, RJ Jarvella, eds. Language, text, and knowledge: mental models of expert communication. Berlin/New York: Mouton de Gruyter; 2000. pp 127-132.
4. Serianni L. Un treno di sintomi. I medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente. Milano: Garzanti; 2005.
5. Australian Medical Association (AMA). Safe Handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. Kingston Act: The Australian Medical Association Limited; 2006. Available from: https://ama.com.au/sites/default/files/documents/Clinical_Handover_0.pdf
6. Shannon DW, Myers LA. Nurse-to-physician communications: connecting for safety. *Patient Saf Qual Healthc* 2012;9:20-2,24-6.
7. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective. *Qual Saf Health Care* 2004;13:i85-90.
8. Boaro N, Fancott C, Baker R et al. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *J Interprofess Care* 2010;24:111-4.

Il valore della comunicazione in medicina interna

Antonio Greco, Monica Greco, Grazia D'Onofrio, Daniele Sancarlo

UOC di Geriatria, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG), Italia

Le peculiarità della Medicina Interna

Una moderna definizione della Medicina Interna indica, questa branca della Medicina, come una specialità non chirurgica che riguarda le patologie degli organi interni dei soggetti adulti. Sulla scorta di questa definizione gli internisti dovrebbero essere esperti nella prevenzione e nella gestione delle patologie complesse multi organo e multi sistemiche del corpo umano.¹ Appare quindi inevitabile considerare l'importanza fondamentale che questi ultimi assumono nell'interagire, comunicando, con altri specialisti per una gestione di successo di molteplici sindromi cliniche complesse quali ad esempio lo scompenso cardiaco o la BPCO.²

Nel contesto di tale rapporto lo specialista in Medicina Interna è chiamato specificamente alla *inter-poli-trans-disciplinarietà*, cioè a coniugare la cultura della complessità necessaria per la gestione di patologie problematiche con la cultura della semplicità, ad esempio nella ricerca della economia delle ipotesi diagnostiche.³

Se già nel 1887 J.-M. Charcot scriveva che *la medicina clinica è soprattutto lo studio degli aspetti difficili e della complessità delle malattie*, oggi, dovrebbe essere totale la consapevolezza che il prendere decisioni (compito quotidiano per il medico internista) sulla terapia farmacologica di pazienti con diverse condizioni patologiche concomitanti, richiede la valutazione di un equilibrio ottimale tra benefici attesi, rischi calcolabili e possibili danni, nel contesto delle preferenze e dei valori del singolo paziente.⁴ Tuttavia tale valutazione non può essere sempre solo a carico di un unico specialista ma piuttosto di un team di cura multidisciplinare e multi professionale la cui comunicazione interna è gestita dal-

l'internista che assume un ruolo di coordinamento (case manager/tutor).

Nello scenario medico-sociale così ampio e complesso in cui è collocata la figura dell'internista le parole dello scrittore Don Delillo, tratte dal libro *Rumore bianco*, tratteggiano una conclusione che ne bene mette in luce il ruolo centrale:

*A New York.... chiedono se hai un buon internista. Ecco dove sta il potere. Gli organi interni. Fegato, reni, stomaco, intestino, pancreas. La medicina interna è la pozione magica.... Da un buon internista derivano energia e carisma, del tutto al di là della cura che somministra.*⁵

Questa energia e carisma di cui parla l'autore non è altro che il risultato di una forte interazione che l'internista realizza con i colleghi con i quali interagisce ma anche, e soprattutto, con il paziente ed i suoi familiari.⁶

Il rapporto medico-paziente è infatti quella particolare relazione che si instaura tra un medico (o, usando una espressione di più ampio respiro, un professionista sanitario) ed un paziente, a partire da uno stato di malattia di quest'ultimo, e che è caratterizzata da specifici doveri e diritti morali e giuridici. È un rapporto asimmetrico in cui la parte più vulnerabile è il paziente, il quale è dipendente dalla competenza e dal potere del medico.⁷ Generalmente questa relazione si esplica all'interno di un contesto sanitario, pubblico o privato, e solo in casi particolari in un contesto domiciliare (ad esempio in situazioni di fine vita che richiedono la presenza di cure palliative a domicilio). I profondi mutamenti socio-culturali che si stanno verificando nella nostra società hanno tuttavia accresciuto la disponibilità di fonti informative legittimando la richiesta di una maggior partnership dei pazienti nelle scelte diagnostiche-terapeutiche che li riguardano direttamente.

Alla luce di un quadro così profondamente cambiato, il cosiddetto paternalismo medico è sembrato rappresentare un modello etico di comportamento non più adeguato poiché andava a ledere il diritto individuale all'autodeterminazione. Ad esso si è quindi sostituito un modello di relazione che pone al centro il principio etico del rispetto dell'autonomia del paziente: il modello etico contrattuale.⁸ In tal modo la relazione medico-paziente viene descritta come una relazione simmetrica i cui contraenti, autonomi, uguali ed aventi il medesimo potere di negoziazione, sottoscrivono liberamente un patto. Ne

Corrispondente: Antonio Greco, UOC di Geriatria, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, 71013 San Giovanni Rotondo (FG), Italia.
Tel./Fax: +39.0882410271.
E-mail: a.greco@operapadrepio.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright A. Greco et al., 2017
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):7-9

segue l'introduzione nella prassi medica della pratica del consenso informato, vale a dire l'assenso che viene richiesto ai singoli pazienti dal personale sanitario prima di sottoporli ad accertamenti diagnostici o ad atti terapeutici o di coinvolgerli in una sperimentazione, dopo avergli fornito un'adeguata informazione sul loro stato di salute e le alternative terapeutiche. Da questa prospettiva, diventano rilevanti il dovere del medico di informare il paziente e di ottenere il suo consenso; ed il diritto del paziente di decidere a quale trattamento sanitario sottoporsi o non sottoporsi affatto. Anche questo modello, tuttavia, mostra dei limiti nel contesto del rapporto medico-paziente.⁹ Esso, ad esempio, non riesce a cogliere elementi importanti che sono presenti in tale relazione, come il fatto che quest'ultima non è completamente paritaria e simmetrica, oppure che ci sono elementi che sfuggono al contratto, quali l'investimento di fiducia o tutte quelle virtù proprie di un agente morale che accompagnano l'assolvimento di un obbligo e che difficilmente possono essere racchiuse da un contratto sottoscritto. Queste difficoltà sono state affrontate cercando di ampliare i modelli etici di riferimento, ponendo attenzione all'approccio dei quattro principi (principialismo), all'etica della cura, all'etica relazionale, ecc., senza tuttavia perdere di vista il grande cambiamento con il quale ormai qualunque indicazione su quale debba essere il comportamento moralmente approvabile in un rapporto medico-paziente deve confrontarsi, vale a dire il riconoscimento dell'autodeterminazione del paziente in medicina.

La deontologia medica ha sempre attribuito al medico il potere di decidere non solo se e come intervenire, ma anche se e quando informare il paziente sulle sue condizioni.¹⁰ Le trasformazioni che si sono venute ad avere negli ultimi anni, tuttavia, hanno posto la deontologia medica dinanzi alla necessità di ridefinire il complesso insieme dei poteri, doveri e responsabilità del medico in relazione ai diritti dei pazienti. Per quanto riguarda l'informazione ed il consenso informato, per esempio, è nella versione del codice deontologico del 1995¹¹ che in Italia per la prima volta viene data esplicita indicazione al medico: di informare pienamente il paziente anche riguardo a prognosi infauste; di dare informazione ai congiunti solo se il paziente acconsente; di non intraprendere alcuna attività diagnostica o terapeutica senza il consenso del paziente validamente informato.

Appare dunque chiara l'importanza che la capacità di relazionarsi e quindi di comunicare correttamente con i colleghi od i pazienti rappresenti per la figura dell'internista una vera e propria core competence.¹²

La comunicazione

Per comprendere come l'internista debba comunicare e relazionarsi correttamente nel proprio ambito

professionale è senza altro utile introdurre alcune nozioni di base su questi aspetti.

La comunicazione in Medicina riveste un'importante rilevanza perché include ed esaspera i fattori emozionali insiti in tutte le relazioni umane. Comunicare non significa solo informare, ma è cercare di entrare nella sfera cognitiva dell'altro, per arrivare a definizioni di percorso condivise sulla base del rispetto della conoscenza e della carica emozionale di chi deve essere informato e curato.

La capacità degli operatori sanitari di porsi in modo equilibrato ed efficace nell'ascolto e nell'osservazione di ciò che il paziente può comunicare e di dialogare in maniera altrettanto efficace è un'abilità spesso sottovalutata e non adeguatamente valorizzata nei contesti di cura. Pertanto, costruire forti competenze comunicative da porre in essere sia durante l'attività di routine che, soprattutto, in situazioni di stress ed urgenza è divenuto essenziale.¹³

Molti professionisti hanno la convinzione od il timore che destinare del tempo per creare una relazione e comunicare con il paziente od i colleghi sia tempo sprecato in un'attività in cui il carico di lavoro è sempre più oneroso la corsa *contro il tempo* uno dei problemi più frequenti e scoraggianti.

Se tuttavia, la comunicazione è di qualità ed è sostenuta da solide competenze comunicativo-relazionali quest'ultima rappresenta un pilastro fondamentale per la pratica professionale e per l'erogazione di un'assistenza efficace, appropriata, sicura ed efficiente. Per questo motivo il nuovo codice della professione medica afferma che il tempo della comunicazione va considerato quale tempo di cura. La buona comunicazione permette di stabilire con il paziente una relazione efficace che si riverbera positivamente sul processo terapeutico perché permette di stabilire un'alleanza terapeutica cioè una collaborazione attiva tra terapeuta e paziente basata sulla fiducia ed accettazione reciproca, sull'empatia e sul coinvolgimento/responsabilizzazione (*empowerment*).

La comunicazione influenza positivamente gli esiti del percorso di cura, la compliance, l'appropriatezza delle prestazioni, limitando il ricorso alla medicina difensiva nonché limitando i contenziosi legati ad incomprensioni ed alla conflittualità.

La comunicazione è parte integrante del quotidiano di ogni persona; tuttavia ognuno possiede, di base, un proprio livello di capacità di comunicazione: vi sono persone dalle competenze innate che ne fanno buoni comunicatori naturali, come persone che incontrano notevoli difficoltà a relazionarsi con gli altri.¹⁴ Al di là dei talenti di ognuno, così come si impara a svolgere un atto tecnico sanitario si possono imparare teoria e pratica della comunicazione, della relazione e della trasformazione dei conflitti, acquisendo nuove competenze.

Esiste comunque una stretta relazione tra comuni-

cazione e relazione; la relazione definisce un rapporto tra due o più individui che orientano reciprocamente le proprie azioni sulla base di un rapporto comunicativo, ove la comunicazione può assumere tutti i suoi aspetti peculiari: verbale, non verbale e para-verbale. Ogni comunicazione implica un impegno e perciò definisce la relazione: una comunicazione non soltanto trasmette informazioni ma determina un comportamento.

La costruzione di una relazione di buona qualità, presuppone innanzitutto una modalità di rapporto in cui entrambi le parti sono consapevoli e disposte a costruire insieme qualcosa, *mettendo a fattor comune* quello che sono, quello che provano, che fanno e pensano a ciò che li ha portati ad incontrarsi, pur tenendo conto dei rispettivi ruoli e responsabilità. Questo significa che le parti si riconoscono ed agiscono in quanto persone, concedendo l'uno all'altro il rispetto e la considerazione che desiderano a loro volta ricevere, senza che ciò comporti un appiattimento funzionale o di competenza o della capacità di agire nella situazione data.

L'empatia¹⁵ rappresenta un elemento fondamentale di una buona relazione. Si tratta di un processo fondamentale per la costruzione del rapporto medico-paziente che si svolge essenzialmente in due stadi: la comprensione del professionista della situazione del paziente e l'apprezzamento sensibile delle sue prospettive e dei sentimenti e delle emozioni che ne derivano; la comunicazione da parte del professionista al paziente, di tale comprensione e la partecipazione in atti concreti e clinicamente efficaci per essergli di sostegno.

Numerosi autori hanno mostrato un effetto positivo del miglioramento del rapporto medico-paziente sulla mortalità attraverso un'efficace comunicazione in numerose condizioni patologiche quali ad esempio il diabete,¹⁶ il lupus eritematoso sistemico¹⁷ e l'infarto miocardico.¹⁸

In generale due importanti review sistematiche la prima di Di Blasi¹⁹ e più recentemente quella di Kelley²⁰ hanno confermato attraverso l'analisi di trial clinici randomizzati un effetto positivo statisticamente significativo del miglioramento della comunicazione medico-paziente su outcomes clinici di esito. Nel modello statistico *random-effects* usato per valutare il peso del miglioramento comunicativo si è ottenuto un valore di d pari 0,11 ($P < 0,02$) che è da ritenersi di particolare rilievo se comparato al peso che la cessazione delle abitudini tabagiche esercita sulla mortalità generale nel sesso maschile, $d = 0,08$ od a quello dell'aspirina per la prevenzione dell'IMA a 5 anni ($d = 0,06$).

In conclusione quindi il miglioramento della comunicazione in Medicina Interna riveste una fondamentale importanza non solo nella relazione del team deputato alla cura con il paziente od alla gestione dei possibili conflitti e contenziosi, ma anche esercitando un effetto terapeutico diretto migliorando di indicatori clinici di esito in numerose condizioni patologiche tipiche della Medicina Interna.

Bibliografia

1. Nardi R, Fabbri T, Belmonte G. Medicina interna, paziente complesso, evidence-based medicine e le non evidenze. *Ital J Med* 2009;3:191-200.
2. Nardi R, Scanelli G, Borioni D, et al. The assessment of complexity in internal medicine patients. The FADOI Medicomplex Study. *Eur J Intern Med* 2007;18:283-7.
3. Gensini GF, Conti AA, Lippi D. La Medicina Interna: storia, attualità, prospettive. *Rec Progr Med* 2006;96:190-8.
4. Bocchi G, Ceruti M. Educazione e globalizzazione. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2004.
5. Gensini GF, Conti AA. Evidence-based evaluation of benefits in therapeutic interventions: methodologically controlled and non-randomly assigned reflections on the number needed to treat. *Ital Heart J* 2003;4:80-3.
6. DeLillo D. Rumore bianco. Torino: Einaudi; 1999.
7. Cartabellotta A, Puleo A, Di Rosa S. Rivalutiamo l'internista. *Sole 24 Ore Sanità*, 2001; agosto/settembre.
8. Morin E. La testa ben fatta. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2004.
9. Engelhardt HT Jr. Manuale di bioetica. Milano: Il Saggiatore; 1999.
10. Veacht RM. Patient, heal thyself. How the new medicine puts the patient in charge. New York: Oxford University Press; 2009.
11. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCEO). Codice di deontologia medica; 16 dicembre 2006. Disponibile su: http://ape.agenas.it/documenti/provider/Medici_FNOMCEO.pdf Accesso: novembre 2016.
12. Nardi R, Mathieu G, Berti F, et al. Evaluation models and items of clinical competence for the hospital physicians in internal medicine. *Ital J Med* 2011;5S:S3-13.
13. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Arch Int Med* 1994; 154:1365-70.
14. Ministero della Salute. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III. Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. I Modulo: elementi teorici della Comunicazione. Roma: Ed. Ministero della Salute; maggio 2015.
15. Spiro H. What is empathy? And can it be taught? *Ann Intern Med* 1992;116:843-6.
16. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* 2011;86:359-64.
17. Ward MM, Sundaramurthy S, Lotstein D, et al. Participatory patient-physician communication and morbidity in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res* 2003;49:810-8.
18. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV. The effect of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Am J Public Health* 1982;72:141-51.
19. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001;357:757-62.
20. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L et al. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2014;9:e94207.

Le Communication Skills come Evidence Based Medicine

Mario Felici, Salvatore Lenti

U.O.C. Geriatria, Ospedale S. Donato, Arezzo, Italia

Communication is not an 'add-on' - it is the heart of patient care
Audit Commission 1993 HMSO, London

Introduzione

Se non sei capace di comunicare con il paziente quello che conosci diventa poco importante. Queste parole furono espresse da Gardner C. nel 1982 e ricordano l'importanza dell'insegnamento, dell'analisi e dell'apprendimento delle communication skills nei processi formativi degli operatori sanitari. Dopo circa 30 anni sono a disposizione dei medici numerose procedure validate sia nella pratica clinica ambulatoriale che ospedaliera. Le abilità comunicative rappresentano una vera e propria competenza clinica e come tale devono rispondere a degli standard qualitativi certificati.

Nel 1981 solo il 30% delle scuole di medicina degli Stati Uniti possedeva un docente in comunicazione medica.¹ Nel 2004 si affermò l'importanza della comunicazione nella relazione medico paziente e venne chiesto che ogni scuola di medicina prevedesse un insegnamento ed una certificazione di abilità comunicative. Da allora le communication skills vennero considerate una vera e propria *clinical competence*.² Anche in Italia,³ il sapere comunicare, il sapersi relazionare con il paziente, il saper negoziare con i colleghi è considerata a tutti gli effetti una delle quattro competenze cliniche che il medico deve possedere.

Il medico nella sua vita professionale gestisce circa 200.000 contatti personali e la comunicazione medico

paziente è quindi fondamentale nella pratica clinica di tutti i giorni. Peraltro il 70% delle problematiche medico legali in medicina interna sono legate ad una comunicazione inefficace. Infatti il tempo medio di interruzione dall'inizio del colloquio da parte del medico è di circa 22 secondi.⁴ Nella raccolta delle informazioni il medico non esplora mai le idee, le preoccupazioni e le aspettative del paziente (*illness*).⁵ In una intervista media di 20 min. solo 1 minuto viene utilizzato dal medico per dare informazione sulla terapia.⁶ Al termine del colloquio il medico fornisce informazioni sul rischio/beneficio della terapia solo al 53% dei pazienti e si preoccupa della verifica della comprensione da parte del paziente solo nel 34% dei casi.⁷

Key message

- Le abilità comunicative sono una delle quattro competenze cliniche che il medico deve possedere.
- La comunicazione non è legata all'attitudine personale.
- Molti medici non possiedono una sufficiente abilità comunicativa: il 70% dei contenziosi in medicina interna è legato ad una comunicazione inefficace.

Communication Skills: Evidence Based Medicine

Le abilità comunicative non sono un optional extra; senza adeguate capacità comunicative la professione di essere medico e saper fare il medico viene facilmente sprecata. Una buona comunicazione trasforma la teoria in buona pratica clinica mentre una cattiva comunicazione riesce a trasformare una buona pratica in atto terapeutico inappropriato. Il saper comunicare non è una attitudine personale ma è una competenza che deve essere insegnata e appresa secondo specifiche tecniche e regole. Possedere delle buone abilità comunicative significa migliorare la performance medica, essere più soddisfatti del proprio lavoro ed essere più efficaci verso i bisogni di salute del paziente. Come tutte le competenze cliniche anche la comunicazione deve essere insegnata ed appresa con lo stesso rigore metodologico delle altre pratiche cliniche e soprattutto deve far riferimento a procedure certificate e condivise in ambito medico. Alcuni prin-

Corrispondente: Mario Felici, U.O.C. Geriatria, AUSL Sud Est Toscana, Ospedale S. Donato, via Pietro Nenni 22, 52100 Arezzo, Italia.
Tel.: +39.0575.255501.
E-mail: mariofelici@me.com

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright M. Felici e S. Lenti, 2017

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):10-12

cipi generali come i cinque assiomi della comunicazione di Watzlawich⁸ rimangono la base generale della comunicazione e della relazione fra individui ma è necessario l'apprendimento di procedure validate dall'evidence based medicine sia in termini di efficacia che di efficienza.

Nel corso degli ultimi 15 anni sono state messe a punto alcune procedure comunicative che rappresentano materia di studio per gli studenti iscritti al corso di laurea di medicina.

Un'interessante review dei vari protocolli ha confermato la validità di alcune procedure nella pratica clinica dei medici di medicina generale⁹ (Tabella 1).

Negli ultimi anni, la procedura Calgary-Cambridge è diventata il punto di riferimento della comunicazione medica sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale.¹⁰

Ogni singola procedura comunicativa identifica delle *skills tool* in parte diverse fra loro ma tutte omogenee nell'affermare i principi che caratterizzano una comunicazione efficace^{11,12} (Tabella 2).

Key message

- Una comunicazione efficace migliora la relazione terapeutica fra medico e paziente.
- Una comunicazione efficace superare il gap che esiste fra una medicina basata sulle evidenze ed una medicina basata sull'individualità dei singoli pazienti.
- Una comunicazione efficace migliora lo stato di salute, il grado di soddisfazione del paziente e contribuisce ad una migliore professionalità del medico.

Communication skills e individualità

Il medico può utilizzare e seguire la procedura comunicativa che sente più vicina al suo essere medico. Dovrà scoprire quale sia più adatta alla sua pratica clinica ma è importante ricordare che seguire una struttura e un processo comunicativo produce un significativo miglioramento nel repertorio delle frasi e nei comportamenti di relazione con il paziente. Essere dentro una procedura comunicativa significa mi-

Tabella 1. Principali procedure di Comunicazione Medico-Paziente.

Title	Contact person	Reference
Calgary-Cambridge Guide	Suzanne Kurtz University of Calgary Smkurtz@calgary.ca	Acad Med 2003;78:802-9
Macy Model Checklist-case Western Reserve University	Kathy Cole-Kelly Case Western Reserve University kckelly@metrohealth.org	Acad Med 2004;79:511-20
Kalamazoo Essential Elements: the communication checklist	G Gordon Gordon@oshu.edu	Acad Med 2001;76:390-3
Four Habits	R.M. Frankel Indiana University 317-554-0000	The Permanent Journal 1999;3(3)
Interpersonal and communication skills checklist	DS Cohen	Acad Med 1996;71:S87-89
Patient Perception of Patient Centeredness (PPPC)	Moir Stewart University of Western Ontario Moir@uwo.ca	J Fam Pract 2000;49:796-804

Tabella 2. Principi che caratterizzano una comunicazione efficace.

Non informare il paziente ma comunicare con il paziente	La comunicazione non deve essere vista come un processo di trasmissione di informazioni. Deve essere un processo interattivo e l'interazione è completa solo se il medico riceve <i>feedback</i> su come il messaggio è stato interpretato e quali emozioni ha suscitato nel paziente
Ridurre qualunque incertezza e dubbio	Qualunque dubbio ed incertezza non chiarita crea ansia e perdita di attenzione nel paziente con conseguente blocco della relazione
Pianificare la comunicazione in termini di <i>outcomes</i>	La comunicazione è efficace solo se vengono definiti obiettivi di salute condivisi con il paziente
Dimostrare dinamismo	Quello che appare appropriato in un paziente può non essere appropriato per un altro paziente. Il vissuto di malattia e il comportamento di malattia cambia da individuo a individuo anche se si tratta della stessa malattia. Dinamismo e flessibilità garantiscono la relazione con il paziente e il suo <i>caregiver</i>
Seguire il modello elicoidale	Il modello elicoidale ¹² della comunicazione ha due implicazioni. La prima ricorda che quello che io dico influenza quello che tu dirai e quindi la comunicazione si evolverà secondo la qualità dell'interazione fra gli individui. La seconda è che la reiterazione e la ripetizione di alcuni concetti, in modo e in tempi diversi è essenziale per una comunicazione efficace

giorare le proprie capacità individuali ed aggiungere flessibilità nei vari contesti clinici. Flessibilità che richiede non solo apprendimento di un'appropriata comunicazione verbale e non verbale ma anche consapevolezza della propria personalità e consapevolezza di quale medico *essere per quel paziente* in grado di condividere le sue idee, le sue preoccupazioni e le sue attese.

È noto che esistono molte variabili che influenzano che cosa è meglio per noi come individui in una determinata situazione, tuttavia sappiamo anche riconoscere che possedere determinate abilità ci fa diventare più efficaci di altri. L'elenco delle skills che possediamo è solo l'inizio. Imparare ad usare le skills richiede prove e continui feedback oggettivi e attraverso questo processo continuo di pratica ripetuta e riflessione (sapere prassico strutturato¹³) ogni operatore sanitario distingue e rimarca la propria individualità nella relazione con gli altri.

Key message

- Essere dentro una struttura comunicativa significa sapere sempre dove ci troviamo in quel momento, sapere che cosa comunicare e cosa il paziente è in grado di condividere.
- Possedere delle specifiche communication skills significa *essere medico e medicina per quel paziente*.
- Essere consapevole del proprio comportamento e del proprio lessico significa inserire le skills nel proprio stile e nella propria personalità affermando quindi la propria individualità.

Apprendimento ed insegnamento delle communication skills in medicina

Apprendere una buona comunicazione e attraverso questa costruire una buona relazione con il paziente significa seguire un insegnamento basato su un approccio evidence-based medicine e quindi accettare le seguenti considerazioni.

La comunicazione per il medico è una vera e propria competenza clinica e pertanto si riconosce la stessa importanza dell'esame obiettivo o di un esame strumentale. La comunicazione non è un'attitudine personale ma un insieme di skills apprese. Le abilità comunicative necessitano di essere insegnate in modo efficace ed il loro insegnamento risponde all'identificazione reciproca¹⁴ ovvero il docente e il discente devono condividere un linguaggio, una conoscenza, credenze, obiettivi e aspettative comuni. I contenuti dell'insegnamento devono essere sempre stati validati in ambito medico. Gli educatori, i facilitatori e il responsabile dei corsi, di fronte ad un incrocio di saperi diversi, devono mantenere sempre un approccio coordinato alle *skills*.¹⁵ Le modalità di insegnamento e di apprendimento devono

prevedere un'importante componente esperienziale con giochi di ruolo, video registrazioni e rivalutazione da osservatori esterni delle competenze acquisite.

Conclusioni

Le communication skills evidence based medicine rappresentano una risorsa eccezionale per i medici in ogni professione sanitaria e ad ogni livello di esperienza perché permettono un'interazione diadica fra pazienti e medici ed in questo modo migliorano lo stato di salute e il grado di soddisfazione del paziente. Contribuiscono inoltre a ridurre lo stress lavoro correlato e rappresentano meglio la professionalità del medico.

Bibliografia

1. Royal College of Practitioners JAMA 1997;277:350-6.
2. Communication skills education for doctors: an update British Medical Association 2004.
3. Felici M, Lenti S. Gli effetti della riorganizzazione ospedaliera sulla comunicazione medico-paziente: un'analisi di cambiamento necessario Quaderni Italian Journal of Medicine 2011 volume 5. Suppl 2.
4. Rhodes KV, Vieth T, He T, et al. Resuscitating the physician-patient relationship: emergency department communication in an academic medical center. Ann Emerg Med 2004;44:262-7.
5. Agledahl KM, Gulbrandsen P, Førde R, Wifstad Å. Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. J Med Ethics 2011;37:650-4.
6. Makoul G, Arntson P, Schofield T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. Soc Sci Med 1995;41:1241-54.
7. White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the way ...": the closing moments of the medical visit. J Gen Intern Med 1994;9:24-8.
8. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana. Roma: Astrolabio; 1967.
9. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, et al. Assessing communication competence: a review of current tools. Fam Med 2005;37:184-92.
10. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 2nd Ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
11. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd Ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2013.
12. Dance FEX. Human communication theory: original essays. New York: Holt, Rhinehart Winston; 1967.
13. Palei S. Il sapere professionale del servizio sociale tra riflessività, prassi e teoria. Tesi di Laurea. Firenze: Università Studi di Firenze; 2008.
14. Baker SJ. The theory of silences. J General Psychol 1955;53:145-67.
15. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd Ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.

La procedura comunicativa Calgary-Cambridge

Lucia Sammiceli, Carlo Nozzoli

U.O.C. Medicina Interna, AOU Careggi, Firenze, Italia

Introduzione

Che la comunicazione sia il nucleo, il cuore delle *clinical skills* e quindi una componente essenziale della *clinical competence* è oggi un dato universalmente riconosciuto. Ma saper comunicare non è un tratto di personalità, né *communication is just being nice* ma è una abilità la cui applicazione nella vita reale, ad un livello di competenza professionale deve essere oggetto di studio e di insegnamento rigoroso, con l'obiettivo di un modello sanitario *relationship centered*. L'efficacia comunicativa migliora infatti l'accuratezza e l'efficienza diagnostico-terapeutica, gli outcomes del paziente, la capacità di offrire supporto e la relazione terapeutica, con reciproca soddisfazione.

La capacità comunicativa in ambito medico si costituisce di tre diverse componenti: i) relativamente al Contenuto, *Content skills*: cioè il flusso di informazioni biomediche che è necessario raccogliere e trasmettere; ii) relativamente alle Capacità di Processo, *Process skills*: cioè alla modalità con cui lo scambio di informazioni avviene; iii) relativamente alle Capacità Percettive, *Perceptual skills*, che consentono al medico di prendere consapevolezza dei pensieri e dei sentimenti del paziente con integrità e rispetto.

Questi diversi aspetti della comunicazione vengono di solito insegnati e dunque appresi separatamente: il contenuto è oggetto del tradizionale metodo d'intervista medica, le capacità di processo e percettive dei framework dei modelli di comunicazione. In ambito medico tutta l'attenzione viene focalizzata sulla capacità di acquisire informazioni relative al Contenuto, in quanto il report dei dati anamnestici

raccolti considerato corretto tiene conto soltanto degli aspetti biomedici. La tradizionale raccolta anamnestica lega inoltre contenuto e processo attraverso specifiche domande chiuse orientate al processo diagnostico e *save time* (ha avuto dolore? dove? quanto è durato?...) che non lasciano molto spazio al racconto del vissuto personale del paziente. In realtà se integriamo la malattia vista in prospettiva strettamente biomedica, la cosiddetta *disease*, con le conseguenze che questa ha sulla vita del paziente otteniamo un'altra area di contenuto, la cosiddetta *illness*, e nell'ottica di una presa in carico globale del paziente raggiungiamo un significativo miglioramento della relazione medico-paziente. È necessario quindi avere una metodologia di lavoro ed un approccio onnicomprensivo che integri il metodo clinico tradizionale con *communication skills* efficaci, in modo tale che il contributo di entrambe le componenti sia di uguale importanza.

La procedura Calgary-Cambridge

Alla fine degli anni 90' Silverman, Kurtz e Draper proposero la Calgary Cambridge Guide (CCG)¹ come strumento formativo concreto, conciso e accessibile per l'insegnamento e l'acquisizione di tecniche comunicative in ambito medico. Negli Stati Uniti attualmente oltre la metà delle università mediche utilizzano la CCG nei loro programmi sulle skills comunicative ed anche in Canada ed Europa è largamente utilizzata in corsi pre e post-laurea. La CCG si basa su vari diagrammi che concettualizzano quello che accade durante l'intervista medica consentendo che competenze biomediche, esame fisico e capacità comunicative si integrino in un unico metodo clinico onnicomprensivo.

Il colloquio si articola in cinque distinti momenti che scandiscono le fasi del colloquio:

1. Inizio del colloquio
2. Fase della raccolta delle informazioni
3. Esame obiettivo
4. Fase dedicata a fornire delucidazioni riguardo la malattia e dettagli circa il programma diagnostico terapeutico
5. Chiusura della colloquio.

Corrispondente: Lucia Sammiceli, U.O.C. Medicina Interna, AOU Careggi, Firenze, Italia.
E-mail: sammichelil@aou-careggi.toscana.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright L. Sammiceli e C. Nozzoli, 2017

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):13-22

Durante tutte le fasi del colloquio il medico deve sempre tenere presente il fluido svolgersi della struttura dell'incontro *Providing structure*, in logica sequenza ed in un timing predefinito ma in maniera aperta ed elastica, cementificando al contempo la relazione con il paziente *Building relationship* e ricercandone il coinvolgimento attivo.

Abilità di processo come consentire al paziente la narrazione della sua malattia, cogliere segnali verbali e non, impiegare un linguaggio appropriato ed adeguato al paziente, la capacità di chiarire, verificare e riassumere, consentono la definizione del contenuto di disease come di illness, l'acquisizione di informazioni di background e di contesto sociale (<http://www.bradfordvts.co.uk/wp-content/onlineresources/0200consultation/calgarycambridge/06%20calgary%20cambridge%20guide%20quick%20reference%20guide.pdf>).

In dettaglio la CCG si compone di oltre 70 communication process skills, delineate in mondo puntuale in modo da facilitarne l'apprendimento ma da applicare con flessibilità, indirizzando le capacità individuali e le tecniche acquisite nell'interesse del singolo paziente e in relazione alle diverse circostanze.

L'inizio del colloquio (Tabella 1) è un momento particolarmente delicato in quanto la prima impressione spesso condiziona il successivo svolgersi dell'incontro. Per questo è importante una adeguata preparazione che prevede di concludere completamente le precedenti attività in modo da poter prestare piena attenzione al nuovo paziente, soddisfare le proprie necessità e il proprio confort in maniera che fame, sonno o stanchezza non disturbino la visita, documentarsi circa il caso clinico evitando che fretta e distrazione siano alla base di errori evitabili. Il momento delle presentazioni reciproche, che previene errori identificativi, dovrà includere la definizione del proprio ruolo, particolarmente quando diverse figure professionali si alternano alla cura del paziente e l'ottenimento del consenso alla visita. Porre attenzione al benessere del paziente considerando fattori ambientali (ostacoli architettonici, disposizione dei mobili) e fattori fisico-psicologici consentirà un più sereno svolgimento dell'incontro.

Il momento più importante della fase iniziale è costituito dall'identificazione delle ragioni del consulto medico. Domande aperte ed un ascolto partecipato facilitano l'individuazione dell'agenda del paziente, troppo spesso non riconosciuta o solo parzialmente identificata (soprattutto se non immediatamente riportata dal paziente), a causa delle premature interruzioni da parte del medico (in media dopo appena 18 secondi). Consentire al paziente il tempo necessario per pensare e completare la risposta (spesso inferiore a 60 sec, quasi mai superiore a 150 secondi) significa evitare le conseguenze di una

erronea o mancata identificazione dei problemi riferiti dal paziente.

L'attenzione all'ascolto può essere dimostrata da parole e suoni facilitanti come *certo, capisco, continui, uh-uh*, ma è soprattutto il linguaggio non verbale a creare relazione, primo fra tutti il contatto visivo che non deve essere perso per prendere appunti o scrivere al computer. La vicinanza al paziente, il contatto fisico, i gesti, le espressioni facciali, il tono, la velocità e il volume della voce, la postura, possono essere coerenti ma anche contraddire le nostre parole di disponibilità all'ascolto.

Confermare la lista dei problemi identificati ricapitolando e controllando di non aver tralasciato niente (*C'è nient'altro di cui mi vorrebbe parlare?*) precederà la condivisione della successiva agenda (il programma inerente il proseguo del colloquio), che tenga in considerazione le necessità di entrambi.

Per quanto alcune sintomi o situazioni debbano avere la priorità durante l'incontro, tuttavia talvolta il paziente ha la necessità di affrontare subito situazioni per lui particolarmente stressanti o ansiogene. In situazioni di urgenza bisognerà dunque rassicurare il paziente che vi sarà comunque modo di affrontare le altri problemi in un secondo momento (*capisco che sia molto preoccupata per i dolori artrosici che le causano molte limitazioni e affronteremo presto anche questo problema, ma prima è meglio approfondire il dolore toracico che ha avuto qualche giorno fa...*).

Uno dei principi della comunicazione è il dinamismo che consente l'alternarsi di ascolto e verbalizzazione in modo flessibile nelle diverse situazioni. Una comunicazione efficace promuove l'interazione piuttosto che la trasmissione diretta.

Prima di passare alla fase successiva è bene chiedersi: ho raggiunto gli obiettivi elencati nei singoli punti? Ho individuato tutti i problemi di cui il paziente voleva parlare? Ho condiviso il successivo programma della visita in modo collaborativo piuttosto che impositivo? Se la risposta è affermativa è possibile procedere alla studio dettagliato dei vari problemi nella fase del *Gathering information* (Tabella 1).

Gathering information - Raccogliere informazioni

Che una anamnesi accurata sia fondamentale al raggiungimento della giusta diagnosi, contribuendovi anche oltre il 60-80%, è noto e dimostrato da numerosi studi clinici. Ma il metodo tradizionalmente insegnato nelle università non incoraggia un approccio olistico e viene oggi considerato come inadeguato e inefficiente. La racconta anamnestica *doctor-centered* standardizzata nelle diverse situa-

zioni e nei diversi pazienti, precocemente focalizzata sui problemi medici, non incoraggia infatti il paziente a raccontare la sua storia ed a dar voce alle sue preoccupazioni. Lo sviluppo delle scienze della comunicazione ha consentito di migliorare notevolmente le capacità di processo durante il colloquio introducendo una nuova area di contenuto, il cosiddetto *patient's perspective*, inerente l'*illness* del paziente. Questa area incoraggia l'espressione dei sentimenti del paziente in relazione alle sue condizioni cliniche, analizza dell'idea che si è fatto della malattia, le preoccupazioni ad essa conseguenti, le aspettative congrue o meno investite nel trattamento e l'impatto che ha determinato sulla vita del paziente. L'obiettivo da raggiungere dunque coinvolgere l'esplorazione tanto degli aspetti biomedici quanto del vissuto del paziente, assicurando che i dati raccolti siano chiari, accurati e completi ma anche che il paziente si senta ascoltato e compreso.

Il nuovo modello di raccolta anamnestica *Disease-illness* si propone come una nuova guida comportamentale nella pratica quotidiana in cui l'agenda del medico, volta a formulare una diagnosi attraverso l'analisi di segni e sintomi con i metodi tradizionali, si affianca all'agenda del paziente orientata all'esplorazione dell'esperienza di malattia, gravata da preoccupazioni, dubbi e aspettative che impattano la vita del paziente e la sua personale capacità di reazione. Il continuo oscillare avanti e indietro tra l'agenda del medico e quella del paziente, tra il *biomedical perspective* e il *patient's perspective* consentirà l'integrazione dei due frameworks. Tecniche di processo, che favoriscono la narrazione del vissuto di malattia, comprendono l'alternarsi di domande aperte e chiuse, un'ascolto partecipato e senza premature interruzioni, facilitando il racconto con incoraggiamenti, ripetizioni (*echoing*), parafrasi che sottolineano i dati salienti, o silenzi riflessivi.

È consigliabile iniziare con domande aperte per poi indirizzarle verso aspetti più puntuali per esempio: *Mi parli del suo problema; Cosa fa migliorare o peggiorare i sintomi?; Si sveglia mai durante la notte a causa di questo problema?*

Un continuum tra domande aperte e chiuse e viceversa deve mantenersi per tutto il colloquio, consentendo una piena espressione al paziente ed un'accurata anamnesi al medico. Le domande aperte infatti facilitano l'espressione spontanea degli aspetti di *illness* e rendono il paziente meno passivo (*partendo dall'inizio può dirmi qualcosa di più riguardo a...? e poi cosa è successo?*). L'impiego troppo precoce di domande chiuse o l'utilizzo di domande aperte solo all'inizio del colloquio sono errori comuni tra gli operatori sanitari. Anche chiarire affermazioni vaghe o reticenti è fondamentale per la completezza informativa (*mi può spiegare cosa intende per...*), così come riassumere periodicamente

migliora l'accuratezza, permette di correggere equivoci e dimostra ascolto (*se ho ben capito...*). Se analizzare le caratteristiche della *disease* ovvero la sequenza degli eventi e l'analisi dei sintomi è il cardine dell'anamnesi tradizionale, esplorare l'*illness* del paziente significa identificare le idee, le preoccupazioni e le aspettative inerenti la malattia, accettando il punto di vista del paziente per senza necessariamente condividerlo. Valutare l'impatto della malattia sulla vita del paziente completa esplorazione del *patient's perspective*. Ciò consente di comprendere ed eventualmente modificare la possibilità del paziente di reagire alla malattia, utilizzando la comunicazione come vero e proprio strumento terapeutico, con un significativo miglioramento dell'*outcome*. Il grado di soddisfazione e la compliance sono infatti compromesse se il medico manca in affabilità ed empatia, non considera le preoccupazioni e le aspettative del paziente, usa un linguaggio troppo tecnico e non fornisce spiegazioni circa la diagnosi e le sue cause.

È possibile approfondire l'*illness* con domande semplici quali: *mi sembra preoccupato: che idea si è fatto della situazione? Ha qualche ipotesi in merito? cosa crede possa accadere adesso? cosa la preoccupa maggiormente? come possiamo aiutarla? Come dovremmo procedere secondo lei? capisco che questo sia un momento particolarmente stressante...*

Esplicitare e vagliare le aspettative, con l'obiettivo di negoziare il processo diagnostico-terapeutico sulla base della reciproca comprensione delle rispettive posizioni, ha un valore di per se, anche quando queste siano incongrue ed impossibili da accogliere e partecipare. Molti medici evitano di affrontare gli aspetti psicologici della malattia perché aprire il vaso di Pandora delle emozioni e dei sentimenti del paziente è estremamente doloroso per entrambi e con conseguenze talora inattese. Tuttavia aprirsi all'*illness* del paziente è propedeutico alla costruzione della relazione medico-paziente e ne completa l'inquadramento. Per questo i dati del *patient's perspective* devono trovare spazio nel report medico, accanto ai dati clinici e alle strategie diagnostico terapeutiche condivise in quella che è stata definita la *cartella clinica integrata*.

La struttura del colloquio

Durante l'intero colloquio il fluido passaggio attraverso le varie fasi, in logica sequenza e nei tempi consentiti, consentirà un incontro flessibile ma ordinato, aiuterà il paziente ad essere compreso e coinvolto, incoraggiandolo a collaborare nella misura stabilita dal medico, garantirà un accurato scambio di informazioni utilizzando tempo e risorse in modo efficiente.

Tabella 1. Calgary-Cambridge Guides Communication Process skills.**Initiating the session**

Preparation

1. Puts aside last task, attends to self-comfort
2. Focuses attention and prepares for this consultation

Establishing initial rapport

3. Greet patient and obtains patient's name
4. Introduces self, role and nature of interview; obtains consent if necessary
5. Demonstrates respect and interest; attends to patient's physical comfort

Identifying the reason(s) for the consultation

6. Identifies the patient's problem or the issues that the patient wishes to address with appropriate opening question (*e.g.*, "What problems brought you to the hospital? Or "What would you like to discuss today?" or "What questions did you hope to get answered today?")
7. Listens attentively to the patient's opening statement, without interrupting or directing patient's response
8. Confirms list and screens for further problems (*e.g.*, "so that's headaches and tiredness, anything else?" or "do you have some other concerns you would like to discuss today?")
9. Negotiates agenda taking both patient's and physician's needs to account

Gathering information

Exploration of patient's problems

10. Encourages patient to tell the story of problem(s) from when first started to the present, in own words (clarifying reason for presenting now)
11. Uses open and closed questioning techniques appropriately moving from open to closed
12. Listens attentively, allowing patient to complete statements without interrupting and leaving space for patient to think before answering or go on after pausing
13. Facilitates patient's responses, verbally and non-verbally, *e.g.*, by use of encouragement, silence, repetition, paraphrasing, interpretation
14. Picks up verbal and non-verbal cues (body, language, speech, facial expression); checks out and acknowledge as appropriate
15. Clarifies patient's statements that are unclear or need amplification (*e.g.*, "Could you explain what you mean by light-headed?")
16. Periodically summarizes to verify own understanding of what the patient has said; invites patient to correct interpretation or provide further information
17. Uses concise, easily understood questions and comments; avoids or adequately explains jargon
18. Establishes dates and sequence of events

Additional Skills for understanding the patient's perspective

19. Actively determines and appropriately explores:
 - Patient's ideas (*e.g.*, beliefs, regarding cause)
 - Patient's concerns (*e.g.*, worries) regarding each problem
 - Patient's expectations (*e.g.*, goals, what help the patient had expected for each problem)
 - Effect - how each problem affects the patient's life
20. Encourages patient to express feeling

Providing structure to the consultation

Making organization overt

21. Summarizes at the end of a specific line of inquiry to confirm understanding before moving on to the next section
22. Progresses from one section to another using signposting, transitional statements; includes rationale for next section

Attending flow

23. Structures interview in logical sequence
24. Attends to timing and keeping interview on task

Building relationship

Using appropriate non-verbal behavior

25. Demonstrates appropriate non-verbal behavior
 - Eye contact, facial expression
 - Posture, position, movement
 - Vocal cues, *e.g.*, rate, volume, intonation
26. If reads, writes notes or uses computer, does so in a manner that does not interfere with dialogue or rapport
27. Demonstrates appropriate confidence

Developing rapport

28. Accepts legitimacy of patient's views and feeling; is not judgmental
29. Uses empathy to communicate understanding and appreciation of the patient's feelings or predicament; overtly acknowledges patient's views and feelings
30. Provides support: expresses concern, understanding, willingness to help; acknowledges coping efforts and appropriate self-care; offers partnership
31. Deals sensitively with embarrassing and disturbing topics and physical pain, including when associated when associated with physical examination

Involving the patient

32. Shares thinking with patient to encourage patient's involvement (*e.g.*, "what I'm thinking now is...")
33. Explains rationale for questions of parts of physical examination that could appear to be non sequiturs
34. During physical examination, explains process, asks permission

Continua nella pagina seguente

Tabella 1. Segue dalla pagina precedente

Explanation and planning

Providing the correct amount and type of information

35. Chunks and checks: give information in chunks; checks for understanding: use patient's response as a guide to how to proceed
36. Assesses patient's starting point: asks for patient's prior knowledge early on when giving information; discovers extent of patient's wish for information
37. Asks patients what other information would be helpful *e.g.*, aetiology, prognosis
38. Gives explanation at appropriate times: avoids giving advice, information or reassurance prematurely

Aiding accurate recall and understanding

39. Organizes explanation: divides into discrete sections; develops a logical sequence
 40. Uses explicit categorization or signposting (*e.g.*, There are three important things that I would like discuss. First ...?); "Now, shall we move on to...?")
 41. Uses repetition and summarizing to reinforce information
 42. Uses concise, easily understood language: avoids explain jargon
 43. Uses visual methods of conveying information: diagrams models written information and instructions
 44. Checks patient's understanding of information (given or plans made) *e.g.*, by asking patient to restate in own words; clarifies as necessary
- Achieving a shared understanding: incorporating the patient's perspective
45. Relates explanations to patient's perspective to previously elicited ideas, concerns and expectations
 46. Provides opportunities and encourages patient to contribute: to ask questions, seek clarification or express doubts, responds appropriately
 47. Pick up and responds to verbal and non-verbal cues *e.g.*, patient's need to contribute information or ask questions, information overload, distress
 48. Elicits patient's beliefs, reactions and feelings regarding information given, term used; acknowledges and addresses where necessary

Planning: shares decision making

49. Share own thinking as appropriate: ideas, thought processes and dilemmas
50. Involves patient:
 - Offers suggestions and choices rather than directives
 - Encourage patient to contribute their own ideas, suggestions
51. Explores management options
52. Ascertains level of involvement patient wishes in making the decision at hand
53. Negotiates a mutually acceptable plan
 - Signposts own position of equipoise or preference regarding available options
 - Determines patient's preferences
54. Checks with patient:
 - If accepts plan
 - If concerns have been addressed

If discussing opinion and significance of problem

55. Offers opinion of what is going on names if possible
56. Reveals rationale for opinion
57. Explains causation, seriousness, expected outcome short and long term consequences
58. Elicits patient's beliefs, reactions and concerns (*e.g.*, if opinion matches client's thoughts, acceptability, feelings)

If negotiating mutual plan of action

59. Discusses options, *e.g.*, no action, investigation, medication or surgery, non-drug treatments, physiotherapy, walking aids, fluids, counselling, preventative measures)
60. Provides information on action or treatment offered
 - Name
 - Steps involved, how it works
 - Benefits and advantages
 - Possible side effects, risks
61. Obtains client's view of need for action, perceived benefits, barriers, motivation
62. Accepts patient's views advocates alternative viewpoint as necessary
63. Elicits patient's reactions and concerns about plans and treatments, including acceptability
64. Takes client's lifestyle, beliefs, cultural background and abilities into consideration
65. Encourages patient to be involved in implementing plans, to take responsibility and be self-reliant
66. Asks about client support systems, discusses other support available

If discussing investigations and procedures

67. Provides clear information on procedures including what client will be informed of results
68. Relates procedure to treatment plan: value and purpose
69. Encourages questions and expression of thoughts re: potential anxieties or negative outcome

Closing the session

Forward planning

70. Contracts with client re: steps for client and veterinarian
71. Safety nets explaining possible unexpected outcomes, what to do if plan is not working, when and how to seek help

Ensuring appropriate point of closure

72. Summarized session briefly and clarifies plan of care
73. Final check that client agrees and is comfortable with plan and asks if any correction, questions or other items to discuss

Fonte dei dati: Silverman et al., 2013.¹

Alla fine di ogni step sarà necessario riassumere e porre dei segnaposti (*summarising and signposting*) in modo da riassumere ed ordinare le informazioni scambiate, approfondire e focalizzare i dati mancanti in una struttura chiara e razionale, garantire un feedback comunicativo aperto e capace di ridurre incertezza, risparmiando tempo.

Building the relationship - Costruire la relazione

I pazienti desiderano che il proprio medico sia preparato e competente ma anche sentirsi compresi e supportati. La costruzione della relazione medico-paziente è dunque un obiettivo cruciale in quanto consente al paziente di raccontarsi, promuove l'aderenza, l'efficienza, il grado di soddisfazione reciproca, riduce gli errori ed i contenziosi (Tabella 1).

Durante il colloquio si dà per scontato che si instauri una relazione con il paziente. In realtà la capacità di interagire con gli altri al fine di raggiungere un comune obiettivo, la cosiddetta *competenza relazionale*, costituisce una skill da acquisire, fondamentale non solo nella relazione medico-paziente ma anche tra colleghi. Un miglioramento della competenza relazionale riduce infatti la degenza ospedaliera del 31%, incrementa la qualità percepita del 22%, riduce il dolore postoperatorio del 7% e migliora la mobilità postoperatoria del 5%.

Nella pratica medica tradizionalmente il medico si proteggeva dalle emozioni negative attraverso un'obiettività impassibile, raccomandata anche come meccanismo di coping. Oggi invece si ritiene più utile sviluppare specifiche abilità comunicative che possono e devono essere implementate attraverso skills di processo. Queste comprendono: i) dimostrare un comportamento non verbale appropriato; ii) sviluppare il rapporto; iii) coinvolgere il paziente.

Dimostrare un comportamento non verbale appropriato

È importante dimostrare un comportamento non verbale appropriato, in quanto questo tradisce i nostri pensieri e sentimenti molto più di quanto non facciano le parole. Il contatto visivo, l'espressione facciale, la postura, il tono della voce, il suo volume possono concordare ma anche smentire le nostre affermazioni. Dimostrare confidenza e vicinanza senza che annotazioni o l'uso del computer interferiscano con dialogo.

Sviluppare il rapporto

È necessario sviluppare il rapporto, accettando come legittimo il punto di vista del paziente, anche

quanto questo sia chiaramente errato ed in disaccordo con il nostro, perché consentirne l'espressione fa percepire rispetto se non condivisione. Offrendo supporto in modo empatico. Attuando una condotta sensibile e disponibile all'ascolto. Sicuramente doti innate ma anche abilità che è possibile implementare se vi poniamo attenzione. La risposta di supporto più adeguata sarà quella capace di dimostrare interesse, premura e comprensione ma anche disponibilità attiva e collaborazione costruttiva (*capisco la sua preoccupazione riguardo a ...ma ci sono molte cose che possiamo fare...; comprendo il suo imbarazzo... cercheremo di fare il prima possibile*), riconoscere gli sforzi e l'impegno compiuto dal paziente (*vedo che stà facendo tutto il possibile/correttamente...*).

Coinvolgere il paziente

È infine fondamentale coinvolgere il paziente ed incoraggiarlo ad esprimere apertamente il suo punto di vista, spiegando al contempo i motivi del nostro comportamento e delle nostre preferenze migliora la relazione, l'aderenza terapeutica, lo stato funzionale ed infine la sopravvivenza. Per ridurre l'incertezza inutile, generatrice di paura nel paziente, è importante che il medico condivida i suoi pensieri in modo chiaro e trasparente promuovendo la collaborazione. Spiegare il rationale dei propri gesti e delle proprie domande infatti non è solo un gesto di cortesia ma riduce il possibile disagio. Chiedere il permesso prima di visitare testimonia un riguardo che avvicina.

Explanation and planning

Offrire adeguate informazioni e sufficienti spiegazioni al paziente, in base a quanto da lui desiderato e in modo tale da renderlo sufficientemente edotto sulla sua malattia, è di estrema importanza (Tabella 1). Pianificare una strategia diagnostico-terapeutica condivisa ed alla quale è disposto ad aderire rappresenta al contempo l'obiettivo cruciale del rapporto medico-paziente. Non farlo significa vanificare anche tutto il lavoro precedentemente svolto. Purtroppo vi sono numerosi problemi e possibili errori comunicativi da affrontare. Alcuni studi rilevano che i medici forniscono scarse informazioni ai loro pazienti. Waitzkin² ha dimostrato che gli internisti americani, durante un colloquio della durata complessiva di 20 min, impiegano in media poco più di un minuto per dare informazioni, sovrastimando nove volte il tempo da loro dedicato ad informare il paziente, discutere i rischi inerenti la terapia farmacologica proposta, ascoltare l'opinione del paziente ed valutare la possibilità di aderire al piano terapeutico. Nonostante il paziente desideri fortemente ri-

cevere informazioni sulla propria malattia la maggioranza non ottiene neppure notizie basiche riguardo diagnosi, prognosi, eziopatogenesi e trattamento della loro condizione (Tabella 1). Raramente vengono forniti avvertimenti (*warnings*) sugli effetti collaterali, indicazioni ad un'eventuale rivalutazione urgente, quasi mai vengono discussi i problemi di una possibile mancata compliance. Non c'è accordo neppure su quali informazioni dovrebbero avere la priorità durante il colloquio: i medici, sottostimando il desiderio dei pazienti di ricevere informazioni circa diagnosi, eziologia e prognosi, passano direttamente a parlare del trattamento. Jenkins, nel 2011,³ ha rilevato come gli oncologi omettono spesso di discutere della prognosi, trascurando il diritto etico fondamentale del paziente ad essere informato circa il proprio stato di salute e di decidere il miglior modo di spendere il tempo rimasto. È interessante notare che il 50% dei medici ritiene di aver discusso sulla prognosi, contro il 12% dei pazienti e solo nel 20% delle cartelle cliniche questo dato viene riportato.

Un elemento critico per la comunicazione è linguaggio impiegato. I medici utilizzano infatti un linguaggio tecnico che i pazienti non comprendono completamente, sovrastimano il livello culturale del paziente o vi ricorrono per limitare il coinvolgimento del paziente, in modo da ridurre eventuali domande, in particolare quando hanno poco tempo a disposizione. In questa *Communication conspiracy* anche il paziente è coinvolto in quanto solo il 15% ammette di non avere compreso completamente quanto riferito dal medico per vergogna o imbarazzo e solo il 50%-60% ricorda correttamente le notizie ricevute; la percentuale scende al 30% nelle situazioni di emergenza.

Comprendere se il paziente desidera o meno essere coinvolto nel processo decisionale, e fino a che punto, costituisce una sfida ardua per il curante. Degner nel 1997 ha rilevato come in una popolazione di donne con tumore mammario: il 22% desiderasse decidere autonomamente del proprio trattamento, il 44% preferisse una scelta fatta in collaborazione con il proprio medico e il 34% demandava completamente al curante la scelta.

Riguardo i trattamenti palliativi non vengono spesso fornite chiare informazioni prognostiche, preferendo non coinvolgere il paziente nel processo decisionale. In un terzo dei casi circa le affermazioni del medico sono già indirizzate a favorire una scelta a scapito di un'altra. Non coinvolgere adeguatamente il paziente nel processo decisionale che lo riguarda determina una grave perdita di aderenza terapeutica stimata del 20-30% per farmaci delle malattie acute, 30-40% per i farmaci impiegati in profilassi, 50% per farmaci usati nelle terapie croniche e 70% per le

diete. Sorprendentemente i medici hanno la tendenza a non considerare la non-aderenza come possibile causa del peggioramento dell'*outcome*. Il costo della mancata aderenza alle prescrizioni è peraltro altissimo (circa 7-9 bilioni in Canada)⁴ che tiene conto non solo del 50% dei farmaci mai assunti, ma anche delle necessità di nuove visite mediche, test di laboratorio, nuove ospedalizzazioni, *etc.*

Skills comunicative che incrementano l'aderenza e la soddisfazione del paziente includono: i) la necessità di scoprire il punto di vista e le aspettative del paziente; ii) fornire a ciascuno il tipo e la quantità di informazioni desiderate; iii) negoziare scelte che tengano conto del *patient's perspective*; iv) incoraggiare domande aperte e dare delucidazioni comprensibili e facilmente ricordabili; v) ripetere e schematizzare con un approccio interattivo ed in un clima di supporto; vi) controllare che la comunicazione sia stata efficace.

Nel 70-90% dei casi questi processi vengono disattesi. Ciò conferma la necessità di un training specifico durante gli studi e di un'evoluzione rispetto all'evidence based medicine ed ai protocolli terapeutici standardizzati, che negli ultimi anni hanno orientato i percorsi diagnostici terapeutici verso un'eccessiva indicizzazione.

Le tecniche d'insegnamento delle *communication skills* in medicina hanno oggi sostituito: i) l'approccio *shot-put* (lancio del peso), in cui un messaggio ben concepito e consegnato assicurava una efficacia di trasmissione; ii) con l'approccio *frisbee* che si basa sul costruire un terreno comune e reciprocamente compreso tra gli interlocutori, in cui il messaggio rimane importante ma l'enfasi è posta sull'interazione, sul feedback e sulla collaborazione.

Dunque un colloquio interattivo e personalizzato per ciascun paziente, che tenga conto delle sue preferenze senza sacrificare l'organizzazione linguistica e di contenuto del messaggio.

Come valutare la quantità e la natura delle informazioni da fornire al paziente? Abbiamo visto che il medico sottostima il desiderio del paziente di essere informato, nella convinzione che conoscere troppi dati sui farmaci e sugli effetti collaterali, per esempio, possa ridurre l'aderenza del paziente. Fornisce notizie incomplete soprattutto quando la prognosi è negativa e tende a essere sempre ottimista e protettivo. Questo tipo di atteggiamento affonda le sue radici nella ormai datata relazione medico-paziente di tipo paternalistico, in cui l'incolmabile divario culturale e la natura altamente emotiva della condizione di malattia impediva una comunicazione efficace ed una comprensione adeguata. Consentiva al medico di agire professionalmente ed eticamente nell'interesse del paziente ma senza informarlo adeguatamente, nella convinzione di proteggerlo dalle

conseguenze emotive di tale scoperta. L'evoluzione sociale contemporanea rende questo modello inattuale in quanto il paziente preferisce essere informato piuttosto che protetto e obbliga il medico a migliorare le proprie strategie comunicative, in modo tale da fornire informazioni chiare, ordinate e adeguate alle capacità di comprensione e di apprendimento del paziente. L'accesso a multiple fonti informative (prima tra tutte internet) ha reso inaccettabile l'idea di un gap culturale incolmabile tra medico e paziente e la nuova autonomia del paziente è divenuta centrale nell'etica medica. Il paziente ha il diritto di essere informato sulla propria malattia e sulle opportunità terapeutiche. Al medico l'onere di farlo in maniera sensibile che tenga conto delle preferenze del paziente e delle differenze interculturali. Migliorare il processo comunicativo e la comprensione delle circostanze determina un incremento del grado di soddisfazione, aumenta l'aderenza, riduce i sintomi e la durata del ricovero.

Nel 2001 Jenkins⁵ in uno studio con 2331 pazienti ha rilevato come l'87% dei pazienti affetti da cancro desiderasse ricevere più informazioni possibile, mentre il 13 % preferiva rimanere all'oscuro. Altri studi hanno confermato il dato di circa 80% di pazienti *seekers* e circa il 20% di *avoiders*. Non è facile predire in quale gruppo situare il singolo paziente, assumere per esempio che anziani e i malati terminali vorrebbero meno informazioni è falso. L'unica risposta plausibile a quali e quante informazioni fornire al paziente sarà dunque individualizzare il colloquio. Ciò significa concordare anticipatamente quali sono gli interrogativi e gli approfondimenti richiesti, partendo dalle precedenti competenze del paziente, suddividendo le informazioni in piccole sezioni e controllando il grado di comprensione, dando al contempo modo al paziente di riflettere e facendosi guidare dalle sue reazioni. Assumere il livello di competenza dal grado di istruzione può creare fraintendimenti ed è più corretto verificare cosa conosce già il paziente e cosa desidera sapere (*sarebbe utile se potesse aiutarmi a capire cosa conosce già riguardo alla sua malattia e cosa vorrebbe approfondire o chiarire...; alcuni pazienti desiderano conoscere in modo particolareggiato gli effetti collaterali dei farmaci per la sua malattia mentre ad altri bastano informazioni generiche; lei cosa ne pensa?*). Le preferenze del paziente possono ovviamente cambiare nel tempo o al variare della situazione quindi è importante controllare sempre se ci sono altre domande o punti da chiarire prima di andare avanti.

Ogni spiegazione deve essere fornita al momento più opportuno, perché una rassicurazione troppo precoce, nella fase del *gathering information*, è controproducente, potendo determinare la perdita di fiducia

da parte del paziente e della sua famiglia. Meglio attendere di conoscere tutti i dati (*sarò in grado di dirle se sono necessari gli antibiotici per sua figlia dopo che avrò un quadro più completo della situazione, averla visitata e aver visionato gli esami fatti...*).

È utile organizzare le informazioni per punti, rendere esplicito al paziente il nostro modo di pensare e di procedere nei diversi scenari in modo da ridurre l'incertezza e l'ansia (*Ci sono tre importanti aspetti che dobbiamo discutere insieme primo: quello che mi preoccupa dei tuoi sintomi, secondo: quali test dovremmo fare per chiarire la situazione e terzo: quale trattamento può essere necessario se...*).

Le persone ricordano ciò che credono sia importante e quello che viene detto loro all'inizio del colloquio. Ma informazioni importanti per il medico possono non esserlo per il paziente e non essere memorizzate. In ogni caso è utile sottolineare quello che secondo il medico è primario ricordare (*è molto importante ricordare/sottolineare che...*), evitando di dare una grande quantità di informazioni perché il paziente può continuare a pensare al primo punto e non prestare attenzione ai punti successivi *Primacy Effect*. Conviene allora ripetere i punti più importanti, suddividere le informazioni in piccoli frammenti e controllare che il paziente abbia compreso il messaggio precedente prima di procedere, ma senza sembrare troppo paternalistico o offensivo (*capisco di averle dato troppe informazioni e temo di non essere stato chiaro, dunque riassumendo quello che abbiamo detto finora...*).

Il modello collaborativo cerca il coinvolgimento del paziente ed offre opzioni e opinioni piuttosto che direttive, perciò il messaggio deve essere specifico ma comprensibile, le domande incoraggiate, le considerazioni del paziente esplorate, i dubbi, le preoccupazioni, le aspettative valorizzate anche cogliendo segnali non verbali (*mi sembra dubbioso: è a causa dell'intervento?*).

Semplificare informazioni complesse come quelle mediche può giovare di diagrammi, modelli, materiale illustrato prestampato o filmato, che non sostituisce ma precede il colloquio con il medico e può aiutare a formulare una lista di domande da specificare durante l'incontro.

Chiarire il rationale delle nostre proposte, le possibili alternative con vantaggi e svantaggi, verificare le opinioni e le preferenze del paziente, negoziando in caso di disaccordo, è la strada attraverso la quale giungere ad una scelta condivisa (Tabella 1). Questo *mutuality model* si contrappone tanto al modello paternalistico, che avoca a se il ruolo del *decision making*, quanto a quello consumistico, in cui il paziente continua a cambiare medico fintanto che non

trova qualcuno che asseconda le sue richieste. Al contempo non si limita a svolgere un ruolo informativo lasciando tutto l'onere decisionale al paziente, ma ricerca la sua collaborazione.

Nel percorso decisionale la compliance del paziente viene sostituita con la concordanza. Questo può portare a dover anteporre l'opinione del paziente e la qualità della sua vita a considerazioni esclusivamente scientifiche, con implicite conseguenze in termini di responsabilità legale, etica e di coinvolgimento emotivo. Ma vi possono essere anche ripercussioni sulla sanità pubblica qualora l'autonomia decisionale individuale confligga con gli interessi della collettività. Compiere uno sforzo educativo e culturale diviene cruciale dunque in quanto riduce i possibili conflitti di interesse tra scelte individuali e priorità di salute pubblica (Tabella 1).

È necessario ricordare che le decisioni del paziente possono essere influenzate da fattori cognitivi, emotivi e talvolta da complessi contesti familiari e sociali e modificarsi nel tempo.

L'unico contesto il cui il modello paternalistico sembra essere preferibile sono le situazioni d'emergenza.⁶

Chiusura dell'incontro

Quasi sempre è il medico che pone fine all'incontro, nel difficile compito di coniugare efficienza e completezza. 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 che qualcosa sia stato tralasciato nelle fasi precedenti e riemerge solo al termine del colloquio (Tabella 1).

Prima di salutare il paziente è dunque fondamentale: i) riassumere brevemente quanto detto; ii) concordare un piano diagnostico e terapeutico; iii) ribadire gli steps che il paziente e il medico dovranno compiere; iv) stabilire il successivo appuntamento; v) chiarire le possibili complicanze a cui il paziente può andare incontro, in modo che non si senta impreparato al loro verificarsi; vi) specificare il comportamento più corretto da tenere nel caso in cui qualcosa non dovesse andare come previsto. Ciò consentirà di verificare se il paziente ha compreso e condivide pienamente quanto proposto, porre domande, apportare modifiche e discutere eventuali problemi.

Una particolare attenzione dovrà essere posta a chiarire la terapia domiciliare, controllando che il paziente abbia correttamente recepito (Il tempo medio dedicato a fornire le istruzioni pre dimissione in un dipartimento di emergenza non supera i 76 sec!).

Dall'ideale al reale

In un contesto lavorativo come il nostro l'applicazione routinaria di questa guida può destare inizialmente qualche perplessità.

- Perplessità per la tipologia di pazienti, sempre più anziani e gravi, ma in questo caso sarà la relazione con i familiari ad essere protagonista della GCG.
- Per i luoghi di lavoro spesso affollati e rumorosi, ma basterà identificare preventivamente spazi idonei al colloquio.
- Per l'organizzazione del lavoro che prevede l'alternarsi di diversi professionisti, ma se tutti hanno un comportamento congruo si creerà una relazione con la struttura piuttosto che il singolo medico.
- Perplessità per il tempo a disposizione per il colloquio, sempre troppo limitato, ma una volta aver ricevuto un training adeguato, l'applicazione della GCG richiede solo pochi minuti in più.
- Per i colloqui notturni che soffrono di un non verbale che racconta stanchezza e fretolosità ma basterà differire il colloquio a fasce orarie diurne per non vanificarne l'efficacia.
- Infine perplessità relativamente all'assenza di una adeguata preparazione psicologica ma ai medici non viene chiesto di fare counseling, piuttosto adeguata comunicazione con rispetto della dignità del paziente e della fragilità che caratterizza alcuni momenti della vita.

La GCG fornisce un repertorio di competenze che possono essere utilizzate come e se richiesto e non costituisce un decalogo da seguire in maniera pedissequa.

George Canguilhem, nel suo trattato sulla medicina, ha scritto: *Le malattie sono strumenti della vita con i quali l'uomo è costretto a confessarsi vulnerabile e mortale*. Per il medico comprendere ciò ed accettare l'onere di farsi carico del malato e non della malattia è un elemento fondamentale della medicina di oggi ma soprattutto di quella di domani: *that's one small step for [a] man, one giant leap for mankind*.

Bibliografia

1. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd ed. Radcliffe Publishing Ltd.; 2013.
2. Waitzkin. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. JAMA 1984;252: 2441-6.
3. Jenkins V, Solis-Trapala I, Langridge C, et al. What oncologists believe they said and what patients believe they heard: an analysis of phase I trial discussions. J Clin Oncol 2011;29:61-8.
4. Coombs RB, Jensen P, Hoa Her M, et al. Review of the scientific literature on the prevalence, conse-

quences, and health costs of non compliance and inappropriate use of prescription medication in Canada. Ottawa, ON: Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada - University of Toronto Press; 1995.

5. Jenkins V, Fallowfield, Saul J. Information needs of

patients with cancer: result from result a large study in UK cancer centres. Br J Cancer 2001;84:48-51.

6. Muller-Engelmann M, Keller H, Donner-Banzhoff N, Krones T. Shared decision making in medicine: the influence of situational treatment factors. Patient Edu Couns 2011;82:240-6.

Non-commercial use only

La procedura comunicativa Macy Model

Veronica De Crescenzo, Maurizio Manini

Medicina Interna, Ospedale San Giovanni di Dio, Orbetello (GR), Italia

Premessa

La relazione umana e professionale tra medico e paziente è molto complessa e per alcuni aspetti potrebbe essere definita paradossale, poiché si basa sullo scambio di informazioni private, intime finanche dolorose tra due persone di fatto estranee; è una relazione che necessita di sincerità, disponibilità, onestà intellettuale, deve essere libera da ogni forma di pregiudizio.¹ Entrambe le parti devono riuscire a comprendersi affinché questa relazione sia efficace e duratura, che tanto il medico sia attento ad ogni richiesta del paziente quanto che questi si renda e venga reso parte attiva nel suo processo di cura e sia capace con consapevolezza di esprimere le sue esigenze, le sue necessità in riferimento alla sua salute, intesa non soltanto come benessere fisico ma anche al suo *illness*. In altri termini tra le due parti deve realizzarsi una comunicazione efficace, abilità che non può essere improvvisata, ma metodologicamente appresa. Ciascuno può nascere dotato di attitudini utili ad una buona comunicazione come l'empatia, tuttavia quella comunicativa deve essere una specifica conoscenza ed abilità, parte del baglio culturale e delle competenze di ogni singolo professionista medico e come tale deve essere appresa, imparata, esercitata e certificata.² Numerosi studi confermano l'importanza della comunicazione tra medico e paziente, capace di modulare anche in termini qualitativi l'assistenza. È dimostrato come una raccolta anamnestica corretta fornisca fino all'80% delle informazioni necessarie per fare diagnosi. Stabilire una buona comunicazione medico paziente permette di stabilire un patto di cura,

di rendere il paziente attivo nel suo processo di guarigione, influenzare l'out come clinico, migliorare l'aderenza terapeutica. La partecipazione attiva al processo diagnostico e di cura diventa condizione indispensabile soprattutto quando si avvicina alla medicina della complessità, finalizzata non tanto alla guarigione ma alla gestione delle incertezze proprie delle patologie croniche, basandosi sulle evidenze e sull'esperienza clinica; tale impegno vale ancor di più nella medicina del caos dove le attenzioni del professionista devono essere tutte rivolte alla conservazione della dignità del paziente, richiedendo talvolta anche scelte difficili come rinunciare all'accanimento terapeutico.^{3,4} È dimostrato inoltre, beneficio non trascurabile, come una buona comunicazione medico paziente abbia positivi risvolti anche sul fronte medico legale, ovvero riduca i contenziosi.

Introduzione

Il Macy model è un modello di comunicazione tra medico e paziente basato sull'evidenza clinica; insieme al Calgary Cambridge ed al Six Model sono la rappresentazione di un processo di revisione e rivoluzione verificatosi negli ultimi quindici anni; ciascun professionista potrà optare per un modello operativo rispetto ad un altro senza che tuttavia si possa al momento attribuire la superiorità di uno rispetto ad un altro; tutti e tre gli schemi si pongono infatti l'obiettivo di considerare e pertanto gestire il rapporto medico-paziente come una competenza professionale. Il Macy Model ha le sue origini nel lontano 1999, prende il nome da Josiah Macy che finanziò un progetto di studio che si poneva anche lo scopo di migliorare le abilità comunicative degli studenti di medicina e quindi dei medici. Il progetto si basava sul fatto che le abilità comunicative e le nozioni per acquisirle venivano apprese dagli studenti durante il triennio pre-clinico; questo comportava un progressivo impoverimento del baglio culturale acquisito, necessario al futuro medico per comunicare in maniera corretta con il proprio paziente.⁵ Allo studio Macy presero parte tre delle più prestigiose Facoltà di Medicina degli USA ovvero la New York University School of Medicine (NYU), Case Western Reserve University School of Medicine (CWRU)

Corrispondente: Veronica De Crescenzo, Medicina Interna, Ospedale San Giovanni di Dio, Località La Madonnella, 58015 Orbetello (GR), Italia.

E-mail: veronicadecrescenzo@virgilio.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright V. De Crescenzo e M. Manini, 2017

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):23-26

e la University of Massachusetts Medical School. Ogni scuola sviluppò in maniera autonoma ma al tempo stesso integrato gli elementi vitali che dovevano essere alla base di una abilità comunicativa; dalla integrazione delle loro esperienze nacque il Macy Model.

Key message

Il Macy Model è un modello di comunicazione tra medico e paziente basato sull'evidenza clinica.

Procedura operativa

La comunicazione medico paziente proposta per essere correttamente applicata e quindi efficace deve essere eseguita con metodologia - passo dopo passo -

proprio come si esegue qualsiasi altra procedura medica (esempio una paracentesi); con la finalità di sottolineare l'importanza di tale concetto ecco di seguito illustrate le fasi della procedura comunicativa suggerita dal Macy Model (Figura 1).

Fase 1

La Preparazione, antecede all'incontro col paziente. Il medico si prepara ad accogliere ed a ricevere il paziente ancora prima del suo arrivo, studiando - se li ha già a disposizione - cartella clinica, esami laboratoristici e strumentali, creando un ambiente confortevole, privo di distrazioni e di interruzioni. 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.



Figura 1. Le fasi del Macy Model.

Fase 2

L'Apertura, inizio dell'incontro: doverose ma non scontate sono le presentazioni, il medico deve sempre specificare quale sia il suo ruolo, riducendo al minimo le barriere linguistiche e culturali. Può essere importante in questa fase specificare quanto tempo si ha a disposizione, affinché anche il nostro interlocutore stabilisca le proprie priorità, le necessità che sente il bisogno di soddisfare nel lasso di tempo reciprocamente concesso.

Fase 3

La Raccolta delle informazioni: è necessario porre domande aperte, permettere al paziente di parlare senza interruzioni, avvalendosi di incoraggiamenti verbali; poi riassumere per avere un reciproco feedback positivo.

Fase 4

Stimolare e capire la prospettiva del paziente: ovvero esplorare il suo illness, l'idea che il paziente ha della sua malattia o della sua problematica, capire quali sono le sue aspettative e le sue preoccupazioni. Cercare di percepire e farsi raccontare le frustrazioni legate alla malattia (può essere sorprendente come la nostra idea di quella malattia sia così lontana dal malato stesso, come per esempio un paziente terminale che si preoccupa di trovare una sistemazione adeguata per il suo gatto).

Fase 5

L'Esame obiettivo oppure l'esecuzione di una procedura diagnostica o terapeutica: anche in questo delicato momento il paziente deve sentirsi parte attiva, basta una semplice domanda apparentemente retorica quale *posso visitarla?*; così come spiegare con parole semplici la procedura che andiamo ad eseguire indicando per esempio quanto tempo durerà oppure se sarà dolorosa. Un medico *esperto* di comunicazione riuscirà a percepire durante questa fase il linguaggio non verbale che il paziente gli fornirà. Una volta *superato l'esame* anche il paziente più reticente ci permetterà di esplorare l'illness che prima ci ha taciuto.

Fase 6

Condividere le informazioni col paziente, comunicare la diagnosi: anche in questa fase è sostanziale utilizzare un linguaggio comprensibile al paziente, condividendo percorsi diagnostici e terapeutici ed eventuali opzioni senza mai dimenticare di incoraggiare le domande.

Fase 7

La Negoziazione; questa fase forse è per il medico stesso quella più critica, le sue dovranno essere proposte

terapeutiche, quelle da lui raccomandate saranno proposte di percorsi diagnostici e non *imposizioni*, dovrà esporre le sue idee al paziente e condividerle. Sarà il paziente a scegliere e toccherà al medico incoraggiare.

Fase 8

Il saluto; rappresenta il momento finale dell'incontro, in cui simbolicamente si suggella il patto di cura, riassumendo le decisioni prese ma soprattutto condivise e ci si congeda dal paziente ribadendo la propria disponibilità.

Campi di applicazione

Questa procedura può essere utilizzata ed adattata ad ogni incontro medico paziente ovvero ad una prima visita, ad un controllo ambulatoriale, può essere usata per svolgere un colloquio con i familiari, può essere applicata anche per un contatto telefonico o comunicazione email. Può servire per acquisire consenso informato e per comunicare una cattiva diagnosi.

Key messages

Lo sviluppo delle abilità per un'intervista efficace permette ai medici di compiere le 3 funzioni del colloquio medico: la raccolta dei dati, stabilire un rapporto terapeutico ed educare il paziente.

Esperienza

L'esperienza sul campo dimostra che le possibili perplessità iniziali sollevate dai professionisti in merito a questa procedura nascono dalla percezione che essa sia lunga, indagativa, che non vi sia tempo per applicarla nella quotidianità frenetica delle nostre corsie, dei nostri affollati ambulatori; inoltre il medico può avvertire la sensazione di perdere la sua *autorità*. La pratica e l'esercizio dimostrano il contrario; come ogni tecnica va appresa, applicata molte volte, fino ad arrivare a possederla (es. quanto tempo tutti noi abbiamo impiegato all'inizio delle nostre carriere a fare bene una paracentesi, non solo eseguendo con abilità e sicurezza la parte evacuativa ma soprattutto quella diagnostica tra campioni e provette da inviare magari in laboratori diversi per esami citologici, chimico-fisici e microbiologici, arrivando poi a formulare correttamente e rapidamente una diagnosi di peritonite batterica spontanea?) (Tabella 1).

È necessaria esperienza e tanta pratica per ottenere sfolgoranti risultati applicando questa procedura, ottenere quello che secondo l'acronimo di lingua anglosassone è il *P.E.A.R.L.S.* ovvero la capacità di creare *Partnership, Empathy, Apology, Respect, Legitimation, Support* col nostro paziente, un vero e proprio sodalizio, strumento capace di gratificare, rassicurare e forse curare entrambi gli attori.

Tabella 1. Due procedure mediche a confronto....!

Procedura comunicazione Macy Model	Procedura paracentesi
Preparazione	Materiale occorrente: Set monouso per sistema di drenaggio sterile comprensivo di: Siringa luer-lock da 60 ml; Aghi speciali mm 14,16,18 Gauche con punta corta e cappuccio di protezione; Sacca di drenaggio 2000 ml; Rubinetto a 3 vie; Tubo connettore trasparente; Disinfettante a base di iodopovidone; Anestetico locale; Dispositivi di protezione individuale non sterili; Guanti sterili; Garze e telini sterili; Cerotti vari; Arcelle monouso; Contenitore per esami
Apertura e Raccolta delle informazioni	Spiegare al paziente il tipo di manovra alla quale verrà sottoposto, quali sono i benefici che ne potrà ricevere, quali sono le complicanze, quali sono i vari momenti della procedura ed infine controllare che abbia firmato il consenso informato; Controllare i parametri vitali cartella
Esplorazione dell' <i>illness</i>	<i>...! Questa casella è volutamente vuota</i>
Esame obiettivo e Comunicazione	Effettuare lavaggio antisettico delle mani. Posizionare il paziente in decubito laterale sinistro, per consentire al liquido di disporsi in maggiore quantità sul lato da pungere, con un cuscino dietro la schiena oppure supina, sempre con uno o due cuscini dietro la schiena. Scoprire il paziente il minimo indispensabile. Disporre un telino non sterile affinché gli indumenti del paziente ed il letto non rimangano imbrattati di disinfettante. Individuazione del punto di introduzione dell'ago (in genere la zona di elezione è il quadrante inferiore sinistro). Indossare dispositivi di protezione individuale non sterili (guanti monouso non sterili, mascherina con visiera, camice non sterile in TNT). Effettuare disinfezione dell'area da pungere con soluzione a base di iodopovidone. Effettuare somministrazione dell'anestesia locale. Raccordare tubo connettore e rubinetto a 3 vie all'ago da paracentesi. Collaborare durante la puntura del paziente. Ancoraggio dell'ago da paracentesi con cerotto adesivo posizionato a <i>cravatta</i> per evitarne la rimozione accidentale
Educazione	Eventualmente rivolta agli studenti e tirocinanti presenti
Chiusura	Predisporre campione per indagini laboratoristiche, effettuare lenta aspirazione del liquido ascitico nella siringa da 60 ml raccordata al rubinetto a tre vie, senza contaminare il raccordo della siringa, successivamente, attraverso il rubinetto a 3 vie, connettere il paziente alla sacca di raccolta e lasciare drenare il liquido ascitico a <i>caduta</i> . Effettuare la rimozione dell'ago smaltendolo all'interno del contenitore per aghi e taglienti. Applicare medicazione sterile a piatto. Rilevare le caratteristiche del liquido drenato (colore e quantità). Effettuare lavaggio antisettico delle mani. Effettuare monitoraggio di parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca) e/o comparsa di dolore o di sintomatologia. Registrazione in documentazione clinica

Bibliografia

1. Milanese R, Milanese S. Il tocco il rimedio, la cura. Salani Editore; 2015.
2. Silvermann J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. CRC Press; 2013.
3. Silvermann J, Kurtz S, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 3th ed. Radcliffe Publishing; 2005.
4. Lloyd M, Bor R: Comunication skills for Medicine. 2th. Elsevier 2009.
5. Kalet A, Prugnaire MPH, Cole-Kelly K, et al. Teaching Communication in Clinical Clerkship: models from Macy initiative in Health Communication. Academic Medicine 2004;79:551-20.

La Medicina e la Ricerca *disease, patient e person-oriented*

Gualberto Gussoni, Letizia Bellesia, Stefania Frasson, Antonella Valerio, Elisa Zagarri

Dipartimento Ricerca Clinica, Centro Studi - Fondazione FADOI, Milano, Italia

Introduzione

Le professioni sanitarie e quella medica in particolare stanno affrontando un'epoca di profonde trasformazioni dal punto di vista scientifico, clinico, e dei rapporti con il paziente e il suo contesto socio-familiare.

Negli ultimi decenni la Medicina è passata dall'affrontare in prevalenza patologie acute, alla necessità di gestire un numero crescente di pazienti con patologie croniche multiple, e una più o meno spiccata fragilità: da ciò deriva la necessità di adattare e ridisegnare i modelli comportamentali e di organizzazione dell'assistenza.^{1,2} Queste evoluzioni di carattere epidemiologico-sanitario stanno portando a rivalutare l'importanza di competenze integrate e *olistiche* quali quella del Medico di Medicina Interna, rispetto alle specializzazioni organo/apparato-specifiche.³ Oltre a questo, i formidabili progressi della biologia molecolare, delle scienze omiche, e delle tecnologie di supporto stanno indirizzando la terapia (e la diagnostica) verso approcci sempre più personalizzati, che consentano una aumentata efficacia e una riduzione del rischio di effetti indesiderati; ciò risulta ancor più rilevante in un contesto caratterizzato da pazienti con multimorbilità e politerapia, nel quale il minimizzare il rischio di interazione fra i trattamenti e massimizzare gli effetti positivi appare un'esigenza sempre più stringente.

Le origini della *Patient-centered Medicine*

Un altro elemento fondamentale che sta modificando lo scenario della Medicina moderna è rappresentato dalla progressiva (e per certi versi

incontrollata) *democratizzazione* dell'informazione in ambito sanitario, e più in generale dalla crescente rivendicazione ed affermazione del ruolo centrale del paziente-persona nei processi di cura. Vi sono molteplici espressioni di questo fenomeno, complessivamente riconducibili al principio della *Patient-centered Medicine* (Figura 1) coniato dallo psicanalista britannico Enid Balint alla fine degli anni '60, in contrapposizione all'allora dominante *doctor-centered and disease-oriented care*.⁴ In relazione a questo modello culturale, l'approccio alla cura deve risultare *rispettoso delle preferenze, dei bisogni e dei valori del singolo paziente, assicurando che questi aspetti guidino le decisioni cliniche*.⁵ Ciò presuppone la costruzione di una *alleanza* fra il paziente-persona e il medico-operatore sanitario che lo assiste: mentre quest'ultimo è esperto delle tecniche diagnostiche, delle cause della malattia, della prognosi, delle strategie preventive e delle opzioni assistenziali e terapeutiche, il paziente-persona è tendenzialmente esperto della propria salute poichè ha una personale esperienza circa la malattia, le circostanze sociali, le abitudini, i comportamenti, le attitudini di rischio, i valori, le preferenze.⁶ In tale prospettiva, nella linguistica anglosassone, trova giustificazione la distinzione fra il concetto di *disease* che esprime il riscontro oggettivo di una alterazione biologica da parte del professionista sanitario, e quello di *illness* con il quale si sottolinea la percezione che l'individuo ha della malattia.

Nella Tabella 1 sono riportati i 5 principi ai quali dovrebbe richiamarsi la *Patient-centered Medicine*, come enunciati nel 2006 con la *Declaration on Patient-Centred Healthcare* da parte della *International Association of Patients' Organizations* (IAPO). Fra di essi è compreso il valore della comunicazione con il paziente/informazione al paziente, argomento sviluppato in dettaglio in altri contributi compresi nella presente Monografia. Appare superfluo sottolineare come questo rappresenti un momento fondamentale all'interno di una dinamica relazionale basata sulla fiducia e nella quale *I (doctor)* e *You (patient)* vengano sostituiti da *We*. Senza un dialogo ben strutturato e costruttivo, un *counseling* per il quale il medico-operatore sanitario assume una responsabilità primaria, è difficile ipotizzare che le scelte del paziente possano essere consapevoli, la sua adesione ai percorsi diagnostico-

Corrispondente: Gualberto Gussoni, Centro Studi FADOI, Piazza Cadorna 15, Milano, Italia.
Tel.: +39.02.48005140.
E-mail: gualberto.gussoni@gmail.com

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright G. Gussoni et al., 2017
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):27-32

terapeutici affidabile e attiva, e la partecipazione alle scelte produttiva. Una revisione Cochrane pubblicata nel 2011 e che ha considerato 86 studi, ha evidenziato che il contributo dei pazienti alle scelte del personale sanitario si accompagna a miglior conoscenza della condizione clinica, più accurata percezione dei rischi, aumento delle decisioni coerenti con i desiderata dei pazienti, ridotto livello di conflitto decisionale, e riduzione del numero di pazienti passivi o indecisi rispetto al percorso assistenziale stabilito.⁷ L'importanza di acquisire e sviluppare capacità comunicazionali all'interno del proprio patrimonio professionale, appare ancor più rilevante per il medico-operatore sanitario in uno scenario nel quale prevalgono le necessità assistenziali di tipo cronico, e il successo delle cure è in buona parte affidato all'empowerment del paziente e/o del contesto socio-familiare nel quale è inserito. E in un contesto culturale nel quale la sovraccitata *democratizzazione* dell'informazione in ambito sanitario (non tanto attraverso i media tradizionali quanto con il web, i social network, *etc.*) propone istanze relativiste spesso prive di fondamenti evidence-based, in grado però di influenzare l'opinione pubblica (in particolare chi si confronta con la sofferenza).

Key messages

L'importanza di acquisire e sviluppare capacità comunicazionali all'interno del proprio patrimonio professionale, appare ancor più rilevante per il medico-operatore sanitario in uno scenario nel quale prevalgono le necessità assistenziali di tipo cronico, e il successo delle cure è in buona parte affidato all'empowerment del paziente e/o del contesto socio-familiare nel quale è inserito.

Ricerca *patient-centered*, opportunità e difficoltà

A sottolineare il successo culturale dell'approccio *patient-centered*, oramai da anni prestigiose Associazioni Scientifiche hanno adottato questa visione nella stesura delle proprie linee guida.^{8,9} Ciò presuppone che la ricerca clinica e quindi la produzione di evidenze scientifiche, che deve anticipare ciò che deve realizzarsi nei percorsi di cura, tenga conto, nel disegno degli studi e in particolare nella definizione degli obiettivi (*end-points - outcome*), dell'orientamento dei pazienti. Tradizionalmente la Medicina ha selezionato i parametri di efficacia degli interventi sanitari, da utilizzare nelle sperimentazioni cliniche ma anche nella pratica clinica, secondo un criterio *disease-oriented/disease-specific*, e spesso più legato alle prerogative professionali del medico-operatore sanitario che non al vissuto del paziente (es. il dosaggio dell'emoglobina glicata o la misurazione della pressione arteriosa). Sebbene questi indicatori abbiano

indiscutibile valore predittivo e ben si adattino alla gestione di soggetti in buona salute o con patologie singole, il loro utilizzo può risultare meno appropriato per pazienti affetti da patologie multiple, con disabilità severe o ridotta aspettativa di vita.¹⁰ Un approccio alternativo prevede che l'adeguatezza delle cure possa essere misurata in base a parametri più vicini a una dimensione *patient-oriented/goal-oriented* (la sintomatologia, lo stato funzionale, la possibilità di esprimere il ruolo e le funzioni sociali dell'individuo, *etc.*). Alcuni esempi di questo approccio alternativo sono riportati nella Tabella 1, che riprende i contenuti di un noto Editoriale di Reuben e Tinetti pubblicato su *New England Journal of Medicine* nel 2012.¹¹

Le evidenze dei benefici di un approccio alle cure *patient-centered* appaiono crescenti, seppur ad oggi ancora piuttosto limitate.^{12,13} Altrettanto, e probabilmente ancor più complessa è la situazione per quanto riguarda la ricerca e l'introduzione di *outcomes patient-oriented* negli studi randomizzati controllati. Sulle basi di alcune analisi pubblicate nel periodo 2008-2010, solo il 18% degli studi randomizzati controllati riguardanti il diabete aveva considerato *outcomes* rilevanti per il paziente (amputazioni, eventi cardiovascolari maggiori, perdita della vista, *quality of life*),¹⁴ e solo il 16% degli studi nell'ambito delle malattie cardiovascolari includeva almeno uno strumento per la valutazione di *outcomes patient-reported*.¹⁵ Certamente non è agevole trasferire nella ricerca una impostazione che sposti l'attenzione dagli obiettivi tradizionali patologia-specifici e di popolazione, ad altri *patient-oriented* e personalizzati. A ti-



Figura 1. I 5 Principi della medicina *patient-centered* secondo la *International Association of Patients Organizations* (2006).

tolo esemplificativo, nella trialistica dell'arteriopatia periferica l'end-point primario degli studi è generalmente rappresentato dalla misura della distanza di marcia libera da dolore, e in funzione delle dimensioni della casistica anche differenze nell'ordine di alcune decine di metri fra il trattamento di riferimento e un trattamento sperimentale possono risultare statisticamente significative, e deporre per una efficacia evidence-based di quest'ultimo. Questo però non significa che per un paziente del mondo reale quel miglioramento di qualche decina di metri possa risultare soddisfacente, poiché dal suo punto di vista solo un beneficio più sostanziale, che per esempio possa permettergli di raggiungere senza difficoltà il supermercato per fare la spesa, o accompagnare il nipote a scuola, può giustificare l'assunzione di una nuova terapia, magari in aggiunta ad altre già esistenti. L'individualizzazione/personalizzazione dei risultati della ricerca clinica è certamente un obiettivo ambizioso, probabilmente non raggiungibile in alcuni contesti, ma al quale in determinate condizioni possono contribuire moderne tecniche matematiche che permettono di stimare l'entità degli effetti dei trattamenti in un paziente con determinate caratteristiche, a partire dai risultati complessivi di grandi studi randomizzati.¹⁶

Alcuni Autori hanno sottolineato come, per il decennio che stiamo vivendo, la pietra miliare per la metodologia della ricerca clinica dovrebbe essere riconosciuta nello sviluppo e affermazione della *patient-centered outcomes research*,¹⁷ anche alla luce della creazione di strutture quali il PCORI - Patient-Centered Outcomes Research Institute, che ha rice-

vuto ingenti finanziamenti dal governo statunitense per promuovere la ricerca *focused on the needs of patients, their caregivers, and clinicians*, e più in generale con lo scopo di amplificare il ruolo dei pazienti nei processi di ricerca. La realizzazione degli obiettivi della *patient-centered outcomes research* sembra per la verità in una fase ancora embrionale, dovendosi confrontare con barriere di ordine culturale, metodologico, organizzativo ed economico, ma è indubbio che molti sforzi della comunità scientifica siano in questi anni tesi ad avvicinare l'impostazione degli studi al raggiungimento di informazioni sempre più vicine alle esigenze dei pazienti. In questa prospettiva un ruolo particolarmente importante potrà essere rivestito dal coinvolgimento attivo di pazienti/Associazioni di pazienti e caregiver nelle diverse fasi degli studi clinici: definizione del quesito di ricerca, disegno dello studio, interpretazione e divulgazione dei risultati. A tal riguardo, nonostante la diffusa adesione ideologica all'espressione *patient-centricity*, ed il numero crescente di progetti ed articoli dedicati al nuovo ruolo del paziente nel processo della ricerca, le esperienze appaiono ad oggi assai limitate ed occasionali.¹⁸ È peraltro vero che da più parti si sta operando per realizzare un coinvolgimento più *professionale* del paziente, per esempio attraverso la definizione della figura del *paziente esperto*, qualificato in base a competenze esperienziali ed accademiche, e quindi in grado di operare sia come soggetto attivo, responsabile di ricerca in gruppi o network di pazienti, che come consulente della ricerca industriale o accademica per la pianificazione degli studi e/o l'interpreta-

Tabella 1. Confronto fra *outcomes* tradizionali patologia specifici e *goal-oriented*.

Confronto fra *outcomes* tradizionali patologia-specifici e *goal-oriented**

Dominio	Esempio di patologia	<i>Outcomes</i> tradizionali	<i>Outcomes goal-oriented</i>
Sopravvivenza	Cancro, Insufficienza cardiaca	Sopravvivenza totale, sopravvivenza patologia-specifica e libera da malattia	Nessuno se la sopravvivenza non è un obiettivo a priorità elevata; sopravvivenza al fine di soddisfare esigenze personali (esempio partecipare al matrimonio del nipote)
Biomarkers	Diabete, BPCO	Andamento degli indicatori di patologia (esempio livello di emoglobina glicata, livello PCR, test di funzionalità polmonare)	Nessuno (non segnalati <i>outcome</i> significativi osservati o percepiti dal paziente)
Segni e sintomi	Insufficienza cardiaca, BPCO, Artrite	Valutazione di segni e sintomi patologia-specifici (esempio dispnea, edema, mal di schiena)	Sintomi che sono stati identificati come importanti dal paziente (esempio il controllo della dispnea o del dolore in modo da poter eseguire un'attività come il bowling o accompagnare il nipote a scuola)
Stato funzionale, inclusa mobilità	Cancro, Insufficienza cardiaca, BPCO	Solitamente nessuno o patologia-specifici (esempio Karnofsky score, classificazione funzionale NYHA, test del cammino in 6 minuti)	Capacità di completare o compensare l'incapacità di completare attività specifiche, identificate come importanti dal paziente (esempio la capacità di vestirsi senza aiuto)

BPCO, broncopneumopatia cronica ostruttiva; PCR, proteina C reattiva; NYHA, New York Heart Association. Modificata da Reuben e Tinetti, 2012.¹¹

zione dei risultati degli stessi. Senza dimenticare che in alcuni ambiti, in particolare nel contesto delle malattie rare, sempre più spesso Associazioni di Pazienti si propongono come partner attivi dell'Industria nello sviluppo di nuove terapie, o promotori essi stessi di ricerca indipendente.¹⁹

Rendere la ricerca clinica più patient-centered significa anche rendere disponibili informazioni più specifiche per la tipologia di paziente alla quale gli interventi terapeutici sono rivolti. Tradizionalmente gli studi randomizzati controllati, che costituiscono il paradigma della evidence-based medicine e a tutt'oggi il modello sperimentale più rigoroso, sono stati caratterizzati da restrittivi criteri di selezione dei pazienti. Ciò ha consentito di raggiungere importanti livelli di controllo e validità interna del modello sperimentale, e di ottenere solide informazioni per valutare una relazione causa-effetto, ma ha determinato un significativo limite nella generalizzabilità dei risultati ottenuti. Generalmente, i trial registrativi su nuove terapie tendevano ad escludere pazienti anziani o molto anziani, con patologie multiple e politerapie, proprio quelli che più frequentemente oggi richiedono un intervento assistenziale a livello ospedaliero o domiciliare. Da qui il progressivo sviluppo di modelli di studio più *pragmatici*, caratterizzati dall'arruolamento di pazienti più vicini a quelli del mondo reale, e laddove possibile, dall'adozione di end-points rilevanti per i soggetti partecipanti alla ricerca.²⁰

L'affermazione di un modello di cura e di ricerca patient-centered, non in contrapposizione ma ad integrazione del modello *doctor-/disease-centered* appare ancora per molti aspetti lontana e di non facile realizzazione, ma paradossalmente non esaurisce l'esigenza di una evoluzione culturale e assistenziale che permetta di affrontare al meglio le sfide che la medicina moderna ci pone. Nello specifico, risulta sempre più evidente come i percorsi assistenziali e la prognosi dei *pazienti-tipo* del nostro tempo (anziani, con multiple patologie croniche eventualmente riacutizzate, e differenti gradi di disabilità funzionale e/o cognitiva) non siano legati solamente alla patologia prevalente o all'intersezione delle comorbidità, ma dipendano da un numero non indifferente di fattori addizionali (attitudini cognitive e psicologiche del paziente, condizioni familiari, socioeconomiche ed ambientali, organizzazione sanitaria di supporto *etc.*).²¹⁻²⁴ In questo senso, il concetto di *paziente*, che richiama una dimensione prevalentemente biologica-patologica, trova una ulteriore evoluzione nel concetto di *persona* come oggetto/soggetto dell'assistenza e prima ancora della ricerca che deve definire ciò che auspicabilmente dovrebbe essere o meno fatto. Ad oggi, nella letteratura scientifica, il termine *person-centred* è sostanzialmente utilizzato come sinonimo di *patient-centered*, o laddove quest'ultimo risulti inappropriato perché riferibile a condizioni fisiologiche (es. la gravidanza).²⁵⁻²⁷

Key messages

- L'utilizzo di evidenze scientifiche può risultare meno appropriato per pazienti affetti da patologie multiple, con disabilità severe o ridotta aspettativa di vita.
- Le evidenze dei benefici di un approccio alle cure patient-centered appaiono crescenti, seppur ad oggi ancora piuttosto limitate.
- Nell'ottica della medicina patient-centered un ruolo particolarmente importante potrà essere rivestito dal coinvolgimento attivo di pazienti/Associazioni di pazienti e caregiver nelle diverse fasi degli studi clinici: definizione del quesito di ricerca, disegno dello studio, interpretazione e divulgazione dei risultati.

Medicina e ricerca *Person-centered*?

La sfida di contestualizzare la ricerca (e la cura - *care*) in una dimensione person-centred è quella di avvicinare ancora di più gli obiettivi alle necessità e alle preferenze degli ammalati: utilizzando un esempio mutuabile dalla ricerca in ambito oncologico, l'end-point *qualità di vita* dovrebbe affiancarsi ai più tradizionali *sopravvivenza libera da progressione di malattia* e *sopravvivenza*. Accanto a questo, non appare secondario l'obiettivo di meglio caratterizzare la *complessità* della persona-paziente, in modo da costituire i presupposti per una più agevole, sistematica e potenzialmente utile valutazione e gestione di questa dimensione olistica dell'ammalato. In tal senso, il Dipartimento Ricerca della Società Scientifica FADOI ha condotto alcuni anni fa una ricerca che ha permesso di caratterizzare la complessità dei pazienti affetti da bronco pneumopatia cronica ostruttiva, utilizzando un indice prognostico multidimensionale precedentemente validato.²⁵⁻²⁷ Inoltre FADOI ha recentemente completato uno studio multicentrico che ha coinvolto²⁸ Unità Operative di Medicina Interna (studio FADOI-COMPLIMED) e i risultati del quale sono attualmente in fase di analisi. La fase preliminare di questo studio ha riguardato la selezione dei domini considerati coinvolti nella definizione della complessità dei pazienti e degli strumenti/questionari utili ad indagarli (Tabella 2). L'obiettivo della ricerca era quello di selezionare, fra i domini considerati, quelli che maggiormente contribuivano a definire la dimensione della complessità, in modo da definire uno score user-friendly e non time-consuming utilizzabile nella pratica clinica, e testare la validità di questo score come indice prognostico.

Key messages

L'end-point *qualità di vita* dovrebbe affiancarsi ai più tradizionali *sopravvivenza libera da progressione di malattia* e *sopravvivenza*.

Tabella 2. Domini e relativi strumenti di valutazione considerati nello studio FADOI-COMPLIMED.

Dominio	Questionari
Dipendenza funzionale	ADL IADL Barthel
Comorbidità	Charlson CIRS
Stabilità clinica	MEWS
Fragilità Sociale	Flugelman
Disfunzione cognitiva	SPMSQ
Depressione	GDS (5-items)
Nutrizione	MNA
Lesioni da decubito	Exton-Smith
Aderenza alla terapia	Morisky
Dolore	NRPS

Conclusioni

In conclusione, alla luce delle esigenze assistenziali e in virtù delle sempre più raffinate opportunità diagnostiche e terapeutiche che la Medicina moderna ci propone, lo sviluppo di una ricerca e di un approccio di cura centrato sul paziente-persona appare estremamente attuale e necessario. Ciò non potrà verosimilmente rappresentare una panacea per tutte le condizioni patologiche, ma non ne vanno sottostimate le potenzialità. Una maggior condivisione delle scelte fra medico-operatore sanitario e paziente è una impresa sfidante, che richiede un adeguamento culturale sia per il paziente che per il personale sanitario, comporta l'acquisizione da parte di quest'ultimo di competenze sempre più ampie e multidisciplinari, e non può comunque in ogni caso prescindere da un equilibrio fondato sul rispetto dei ruoli.

Bibliografia

- Richard T, Coulter A, Wicks P. Time to deliver patient centred care. *BMJ* 2015;350:h530.
- Eaton S, Roberts S, Turner T. Delivering person centred care in long term conditions. *BMJ* 2015;350:h181.
- Kramer MHH, Bauer W, Dicker D, Durusu-Tanriover M, et al. European Federation of Internal medicine (EFIM). *Eur J Intern Med* 2014;25:125-127.
- Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract* 1969;17:269-276.
- Committee on Quality of Health Care in America: Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC, The National Academic Press, 2001.
- Perino F. L'approccio centrato sulla persona in ambito sanitario. *ACP- Rivista di studi Rogersiani*, 2002.
- Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;10:CD001431.
- Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2012;35:1364-1379.
- MacLean S, Mulla S, Akl EA, et al. Patient values and preferences in decision making for antithrombotic therapy: a systematic review: *Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis*, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141 (2 Suppl): e1S-23S.
- Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004; 351: 2870-2874.
- Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care - An alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med* 2012;366:777-779.
- Kane PM, Murtagh FE, Ryan K, et al. The gap between policy and practice: a systematic review of patient-centred care interventions in chronic heart failure. *Heart Fail Rev* 2015; 20: 673-687.
- Ulin K, Malm D, Nygårdh A. What is known about the benefits of patient-centered care in patients with heart failure. *Curr Heart Fail Rep*. 2015;12:350-359.
- Gandhi GY, Murad MH, Fujiyoshi A et al. Patient-important outcomes in registered diabetes trials. *JAMA* 2008;299:2543-2549.
- Rahimi K, Malhotra A, Banning AP, Jenkinson C. Outcome selection and role of patient reported outcomes in contemporary cardiovascular trials: systematic review. *BMJ* 2010;341:c5707.
- Dorresteijn JAN, Visseren FLJ, Ridker PM, et al. Estimating treatment effects for individual patients based on the results of randomised clinical trials. *BMJ* 2011; 343:d5888.
- Gabriel SE, Normand S-LT. Getting the methods right - The foundation of Patient-Centered Outcomes Research. *N Engl J Med* 2012;367:787-779.
- Sharma NS. Patient centric approach for clinical trials: current trend and new opportunities. *Perspect Clin Res* 2015;6:134-138.
- Vayena F. The next step in the patient revolution: patients initiating and leading research. *BMJ* 2014;348: g1209.
- Loudon K, Treweek S, Sullivan F, et al. The PRECIS-2 tool: designing trials that are fit for purpose. *BMJ* 2015; 350:h2147.
- Nardi R, Scanelli G, Corrao S, et al. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Intern Med* 2007;18:359-368.
- Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient complexity: more than comorbidity. The vector model of complexity. *J Gen Intern Med* 2007;22:382-390.
- Boyd CM, McNabney MK, Brandt N, et al. AGS Expert Panel on the care of older adults with multimorbidity, patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the Amer-

- ican Geriatrics Society, American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *JAGS* 2012;60:1957-1968.
24. Zulman DM, Asch SM, Martins SB, et al. Quality of care for patients with multiple chronic conditions: the role of comorbidity interrelatedness. *J Gen Intern Med* 2013;29:529-537.
 25. McGreevy J. Dementia and the person-centred care approach. *Nurs Older People*. 2015;27:27-31.
 26. Phillips A. Optimising the person-centred management of type 2 diabetes. *Br J Nurs* 2016;25:535-538.
 27. Olander EK, Berg M, McCourt C, et al. Person-centred care in interventions to limit weight gain in pregnant women with obesity - a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:50.
 28. Nozzoli C, Anastasio L, Fabbri LM, et al. Complexity of patients with COPD hospitalized in Internal Medicine: a survey by FADOI. *Ital J Med* 2015;9:120-124.

Non-commercial use only

I contesti clinici e comunicativi della medicina

Mario Felici, Salvatore Lenti

U.O.C. Geriatria, Ospedale S. Donato, Arezzo, Italia

*Se l'unico strumento che hai è un martello,
tratterai ogni problema come se fosse un chiodo*
Abraham H. Maslow

Introduzione

L'attività medica si fonda su una relazione interpersonale di natura particolare: la fiducia di un uomo affetto da malattia e quindi bisognoso che si affida alla coscienza ed alla conoscenza di un altro uomo (il medico) che può farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assisterlo, curarlo e guarirlo. A volte basta la perizia scientifica e professionale altre volte occorre la presa in carico dei problemi concreti del paziente e della sua famiglia. Comunicazione e relazione sono parte integrante della conoscenza scientifica e devono essere sempre modulate in base ai bisogni di salute della persona. Da qui la consapevolezza di una continua integrazione fra comunicazione in base al contesto clinico e al metodo clinico più appropriato.

Ogni giorno il medico si trova ad affrontare contesti clinici diversi fra loro nei vari momenti della sua giornata lavorativa. L'attività ambulatoriale si caratterizza spesso con la risoluzione di problemi acuti correlati a patologia di singoli organi e altre volte a problematiche collegate a patologie croniche e ai bisogni di salute conseguenti. L'attività svolta durante il ricovero è in gran parte orientata alla risoluzione di riacutizzazioni di patologie croniche, alla diagnosi di nuove patologie oppure a problematiche di gestione del fine vita. Situazione cliniche diverse che impongono metodi clinici e modalità comunicative differenti fra loro.

Corrispondente: Mario Felici, U.O.C. Geriatria, AUSL Sud Est Toscana, Ospedale S. Donato, via Pietro Nenni 22, 52100 Arezzo, Italia.
Tel.: +39.0575.255501.
E-mail: mariofelici@me.com

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright M. Felici e S. Lenti, 2017
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):33-38

Abilità comunicativa intesa come vera e propria competenza clinica in grado di sostenere il medico nel rapido passaggio da un setting acuto/subacuto ad un setting di cronicità, con relazioni interpersonali e outcomes disuguali. Sul piano comunicativo una sola modalità di relazione medico paziente non è sufficiente per affrontare problematiche così difformi sia sul piano del contenuto che del processo. Si propone quindi una lettura articolata fra diversi modelli comunicativi in base al contesto e l'approccio clinico utilizzato (Figura 1).

La conoscenza scientifica viene categorizzata incrociando il grado di certezza e il grado di condivisione della comunità. Il modello di Kurtz e Snowden¹ (Figura 2) ampiamente utilizzato per l'inquadramento dei fenomeni complessi permette di definire i vari contesti clinici della medicina.

Il modello di Kurtz e Snowden, applicato alla medicina, permette di definire una medicina della semplicità, una medicina della complessità ed una medicina del caos.²

Nella medicina della semplicità sono presenti solide evidenze scientifiche (linee guida internazionali, nazionali e procedure aziendali) e contemporaneamente è presente una diffusa condivisione della collettività medica. La relazione tra causa ed effetto è condivisa da tutti, il sapere è lineare e la conoscenza è esplicita. Esistono quindi delle pratiche cliniche certificate e di conseguenza l'acquisizione del sapere avviene prima del fare (*learn then work*). Il paziente, a fronte della sua malattia, riceverà la stessa diagnosi ed il solito trattamento indipendente dal medico o dall'ospedale a cui si è rivolto. Nella medicina della semplicità è nota la percentuale di successo e la percentuale di rischio e di conseguenza il livello di appropriatezza e di sicurezza. Su queste basi il paziente si sente sicuro dentro l'ospedale, si sente curato da operatori sanitari che si preoccupano di lui e si sente curato bene perché si fida.

In genere sono pazienti con patologia mono-organo che frequentano gli ambulatori medico chirurgici o richiedono attività diagnostica mono specialistica. L'approccio clinico più appropriato è quello centrato sulla malattia d'organo *disease-oriented*.³ La ricerca sistematica della semplificazione secondo la logica del rasoio di Occam⁴ rende più agevole e semplice i processi operativi. L'attenzione medica si focalizza sul

corpo e non sulla persona, la malattia viene definita su variazioni fuori norma di parametri biologici, la diagnosi completata dall'integrazione di dati clinici biologici e di imaging e la terapia è orientata esclusivamente alla cura dell'organo compromesso. Nella medicina della semplicità la comunicazione dovrà essere semplice, efficace e veloce (*Fast Communication*) orientata a fornire notizie solo sulla dimensione biologica della malattia con un linguaggio medico-scientifico, attraverso il filtro selettivo dell'agenda del medico secondo una relazione medico paziente up down. La *fast communication* racchiude molte delle peculiarità della comunicazione immediata dei social network (Twitter™, WhatsApp™ e Facebook™) mentre sul piano procedurale tiene conto dei 5 assiomi della comunicazione di Watzlawich⁵ (è impossibile

non comunicare perché esiste sempre una comunicazione non verbale. Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione e quest'ultimo qualifica la comunicazione. I flussi comunicativi sono influenzati dalla punteggiatura. La comunicazione può essere analogica e digitale. La comunicazione può essere di tipo simmetrico o complementare up-down). La medicina della semplicità riconosce quindi il disease oriented come approccio clinico e la fast communication come registro comunicativo (Tabella 1).

Key message

- Nella medicina della semplicità esiste una relazione tra causa ed effetto condivisa dalla maggioranza della popolazione scientifica.

Tabella 1. La medicina della semplicità (solide evidenze scientifiche e diffusa condivisione di queste).

<i>Disease-oriented</i> come approccio clinico	<i>Fast communication</i> come registro comunicativo
L'attenzione è all'organo malato e non alla persona	La comunicazione è semplice, efficace e veloce
La malattia è vista come alterazioni di parametri biologici (agenda del medico)	Le informazioni sono orientate alla dimensione biologica della malattia
La terapia è orientata alla guarigione della malattia acuta	Il linguaggio è prevalentemente medico-scientifico
La relazione medico paziente è limitata alla prestazione diagnostica terapeutica	La relazione medico paziente è <i>up down</i> e non esiste l'agenda del paziente
L'oggetto della cura è la malattia e quindi le informazioni sono filtrate dall'agenda del medico	L' <i>illness</i> del paziente a volte complica la gestione della patologia acuta d'organo
La percezione del paziente è quella di sentirsi sicuro, curato e curato bene	Solo in presenza di un <i>illness</i> significativo il paziente si potrà sentire curato ma non ascoltato

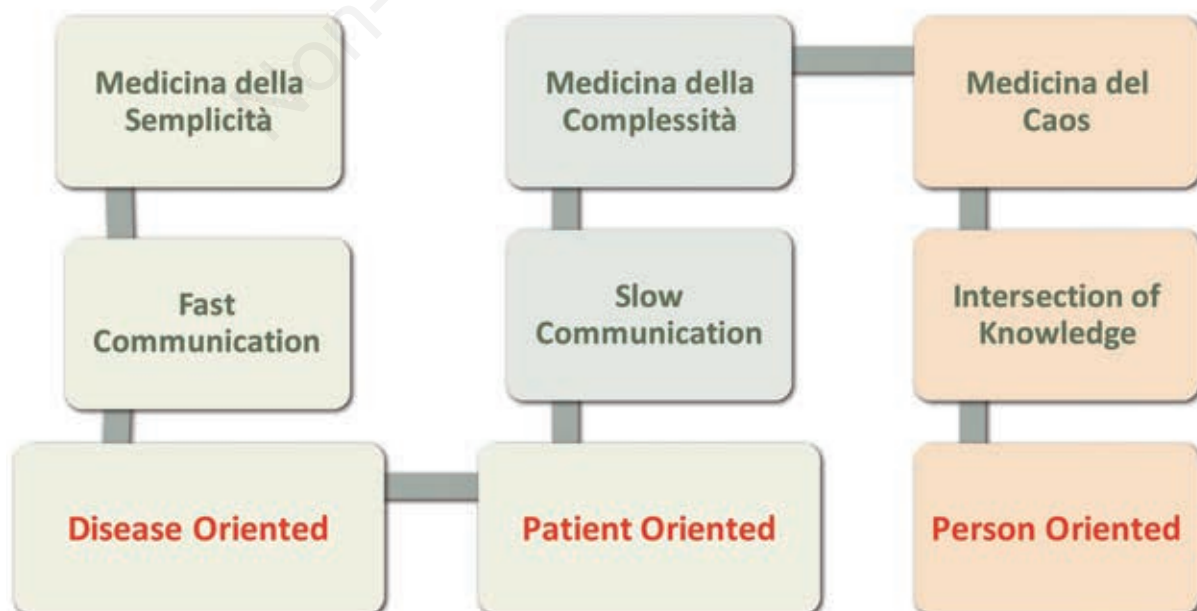


Figura 1. Il contesto clinico, il registro comunicativo e il metodo clinico.

- La comunicazione è caratterizzata da elementi di immediatezza e semplicità detta appunto fast-communication.

Medicina della complessità

Nella medicina della complessità sono presenti buone pratiche cliniche ma non solide certezze scientifiche perché i pazienti del mondo reale sono esclusi dai trials clinici randomizzati.⁶ Il paziente tipico della medicina della complessità presenta un'età superiore a 75 anni, è affetto da più di tre quattro patologie ed assume di regola 7-8 farmaci. In questo contesto la relazione fra causa ed effetto può essere percepita in modo retrospettivo, l'apprendimento è integrato all'attività pratica (*work then learn*), la dicotomia sicurezza/pericolo e fiducia/rischio appare tutta nella sua complessità. A fronte di evidenze scientifiche deboli è presente una ambigua condivisione da parte della collettività medica. In questo contesto il paziente può essere sottoposto ad un approccio diagnostico terapeutico in gran parte differente fra ospedale e ospedale (pratiche cliniche emergenti ma non certificate) e di conseguenza non si sente sicuro, non si sente curato, sviluppa paura e rabbia, può diventare diffidente. Sul piano metodologico, il rasoio logico di Occam⁴ genera conflitti perché non è in grado di semplificare una realtà complessa. Il sapere lineare della medicina della semplicità lascia posto ad una

nuova visione di integrazione medico paziente che rappresenta l'approccio corretto della medicina della complessità. È necessario passare dalla medicina disease oriented alla medicina patient centered⁷ e da una fast communication ad una slow communication. L'obiettivo della cura non è solo la guarigione della patologia acuta ma il management della cronicità e l'ottimizzazione della terapia farmacologica attraverso la comprensione dell'illness e la condivisione con il paziente. La riflessività della modernità,⁸ caratteristica propria del sapere moderno, rappresenta un elemento fondamentale per quanto riguarda la consapevolezza del proprio agire nel rapporto di fiducia verso gli altri. Dalla dimensione biologica della malattia si passa alla dimensione soggettiva della malattia (*illness*). Come il paziente vive lo stato di malattia, qual è la sua idea di salute, quali sono le sue preoccupazioni e quali aspettative ripone al medico. Il nodo centrale dell'attività del medico nella medicina patient centered è l'integrazione dell'agenda del medico con l'agenda del paziente. Durante la visita medica patient centred le informazioni raccolte non riguardano solo i dati biologici ma anche il vissuto di malattia attraverso competenze comunicative e relazionali specifiche e certificate (Calgary-Cambridge⁹). L'inserimento dell'illness del paziente riequilibra il riduzionismo biologico e recupera il pericolo della parcellizzazione del corpo in organi e la conseguente disumanizzazione della medicina disease oriented. Sul piano comunicativo la procedura viene de-

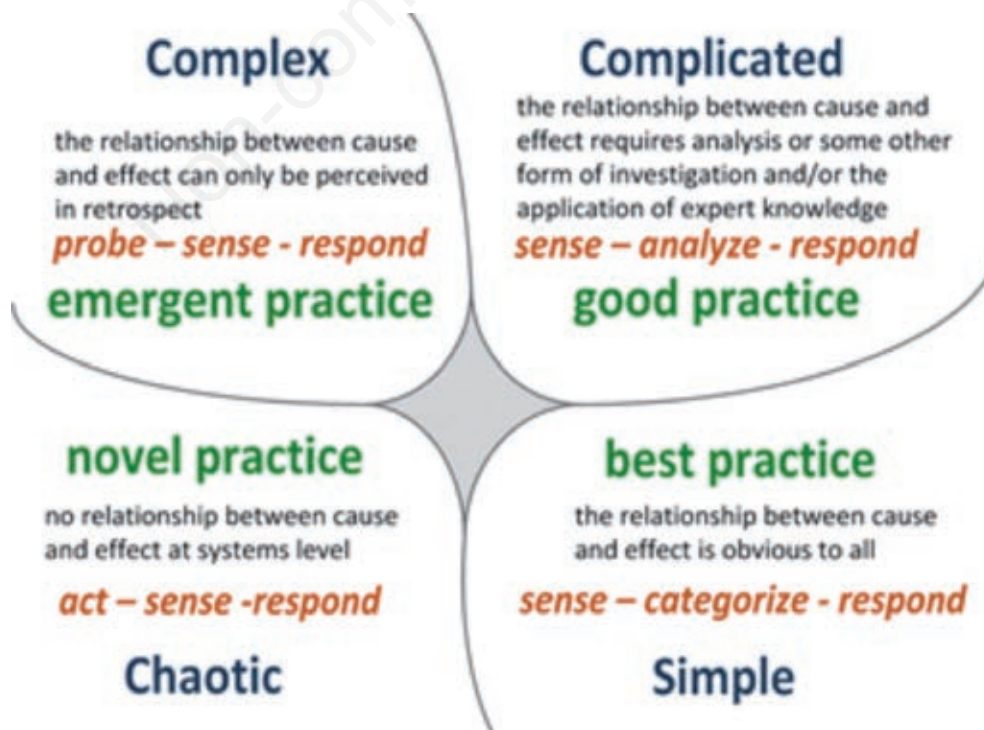


Figura 2. Modello di Kurtz e Snowden della conoscenza scientifica.

finita *Slow Communication* in quanto la relazione con il paziente avviene in tempi più lunghi della fast communication, spesso durante più incontri. Il riferimento didattico e bibliografico è quello della Calgary-Cambridge⁹ che ricerca la completa integrazione fra l'agenda del medico e quella del paziente con l'esplorazione dell'*illness* secondo i suggerimenti di Balint.¹⁰ La medicina della complessità riconosce quindi una cura patient centered come approccio clinico ed una slow communication come registro comunicativo (Tabella 2).

Key message

- Nella medicina della complessità la relazione tra causa ed effetto ha valore retrospettivo e l'apprendimento risulta essere integrato all'attività pratica.
- La comunicazione verte a acquisire informazioni in merito all'*illness* del paziente integrando l'agenda del medico con quella del paziente.
- I tempi si dilatano e la comunicazione diviene slow-communication proprio per favorire la condivisione dei punti di vista.

Medicina del caos

Nella medicina del caos non sono presenti evidenze scientifiche e la condivisione di pratiche cliniche è molto frammentata. Non esiste una relazione lineare tra causa ed effetto e la manifestazione di malattia non avviene a livello di singoli organi ma a livello sistemico, di persona. Per dare una risposta ai bisogni del paziente è necessario implementare pratiche definite emergenti e valutarne poi l'efficacia (*work to learn*). In questo contesto l'apprendimento inizia dalla conoscenza di case report ovvero dall'esperienza

di singoli operatori, poi la somma delle esperienze diventano un sapere condiviso fino a dare origine alla conoscenza vera e propria. È proprio la trasformazione del sapere pratico in sapere condiviso a rappresentare l'origine della conoscenza nella medicina del caos. Un apprendimento estratto dalla pratica che richiama il sapere prassico come *esperienza che diventa oggetto di riflessione in azione e sull'azione*.¹¹ Sapere prassico come strumento per conoscere la complessità e la relazione fra teoria e pratica.¹² Sapere prassico per gestire la ricerca nel *edge of chaos*.¹³ La medicina del caos sopravvive nell'incertezza e la saggezza è basata sulla consapevolezza che ci sono problemi senza uniche buone soluzioni, condizioni che non possono essere raddrizzate, ambivalenze e dubbi che non possono essere sciolti seguendo solo l'esperienza e il ragionamento clinico. Con tutti i limiti che le analogie impongono, la medicina del caos richiama il pensiero postmoderno con la frammentazione delle percezioni e delle certezze organizzative, con l'accettazione delle precarietà e delle istanze soggettive. Una prospettiva postmoderna che offre però maggiore saggezza¹⁴ in una interpretazione più ampia del *just in time* ovvero del fare il giusto nel preciso momento in cui ce n'è bisogno e solo nella quantità necessaria. I pazienti della medicina del caos sono in genere i pazienti anziani che presentano multiple patologie croniche associate a disabilità cognitiva e/o motoria, che assumono numerosi farmaci e che sono spesso prossimi al fine vita. Anche i pazienti ultrasettantacinquenni con patologia neoplastica appartengono alla medicina del caos, quando in assenza di evidenze scientifiche, il progetto terapeutico è condizionato più da considerazioni etiche che di appropriatezza clinica. Peraltro la disabilità motoria e cognitiva è causa di esclusione da progetti di studio e ricerca e quindi concetti di vulnerabilità e fragilità

Tabella 2. La medicina della complessità (buone pratiche cliniche ma fragili evidenze scientifiche e ambigua condivisione di queste).

Metodo clinico patient-oriented	Slow communication
L'attenzione è verso il paziente e le sue malattie	La comunicazione è lo strumento per costruire una relazione di fiducia fra medico paziente
L'integrazione fra l'agenda del medico e l'agenda del paziente fornisce più dati utili per la diagnosi	Le informazioni sono la sintesi dell'integrazione fra l'agenda del medico e l'agenda del paziente
La condivisione della terapia che tiene conto anche dell' <i>illness</i> migliora l'adesione al progetto assistenziale	Il linguaggio rimane medico-scientifico ma diventa anche conversativo e comprensivo
La relazione medico paziente è centrata sulla presa in carico e quindi si passa dal <i>to cure</i> al <i>to care</i>	Il flusso comunicativo è bidirezionale e non più <i>up down</i>
La raccolta dei dati è un flusso continuo fra l'agenda del medico e l'agenda del paziente	L'esplorazione dell' <i>illness</i> del paziente rende migliore la qualità percepita della visita e crea maggiore soddisfazione nel paziente ma anche nel medico
La più semplice verità è così complessa che nessuna formula la esprime e per esprimersi ha bisogno di conoscere la persona e la sua vita	Vantaggi clinici per il paziente a fronte di una migliore gestione del tempo da parte del medico

richiamano ancora una volta i concetti di esclusione da pratiche assistenziali della società postmoderna.¹⁵

Le affinità esistenti fra la medicina del caos e il pensiero postmoderno facilitano la comprensione di come l'incrocio del sapere, inteso conoscenza interdisciplinare, possa essere l'unico strumento in grado di coniugare la teoria e la pratica, l'oggettività e la soggettività, la coesistenza di multiple patologie nello stesso individuo, il vissuto di malattia ed il comportamento di malattia in una società sempre meno universalistica. Peraltro i limiti del pensiero riduzionista sono ben riconosciuti nella scienza della complessità e del caos¹⁶ e nello stesso tempo appaiono sempre più evidenti i pericoli di una formazione medica focalizzata ad esaminare la patologia d'organo perdendo di vista la persona come sistema integrato biologico, sociale e relazionale.

Nella medicina del caos l'approccio *person-centered care* fornisce competenze specifiche sulla gestione della comorbidità, sulla gestione dei problemi correlati alla disabilità¹⁷ e sulla definizione degli outcomes di salute. Una cura *person-centered*¹⁸ valorizza i valori e le preferenze del paziente e attraverso la condivisione e la negoziazione con gli operatori sanitari li trasforma in obiettivi di cura. Obiettivi di cura specifici, misurabili e realistici da parte del provider sanitario. Obiettivi rivalutati e negoziati periodicamente durante il processo assistenziale. Il medico deve saper gestire, comunicare e negoziare la non conoscenza, l'incertezza e la probabilità di insuccesso. Deve riflettere su cosa tecnicamente è possibile fare, su cosa è giusto fare per il bene del paziente ed infine su cosa si deve fare per raggiungere gli obiettivi condivisi.¹⁹ Per fare questo il medico deve possedere una competenza comunicativa e relazionale caratterizzata da un incrocio del sapere che attraverso la bioetica e la filosofia (l'ap-

proccio alle capacità²⁰), la morale laica e religiosa,²¹ le pratiche cliniche *dignity-oriented*,²² il codice deontologico e il codice penale, possa generare quel benessere psicofisico che risponde alla dignità del vivere e del morire. La medicina del caos riconosce una cura *person-centered* come approccio clinico e l'incrocio del sapere interdisciplinare come registro comunicativo (Tabella 3).

Key message

- Nella medicina del caos la relazione lineare tra causa ed effetto non esiste in mancanza di evidenze scientifiche.
- La manifestazione della malattia avviene a livello sistemico coinvolgendo la totalità della persona.
- La comunicazione diviene una competenza anche di tipo relazionale in cui sono presenti contenuti di tipo filosofico, bioetico, psicologico e religioso.

Conclusioni

Le abilità comunicative nella relazione medico paziente seguono sempre tre dinamiche costanti.

Il contenuto (che cosa il medico comunica al paziente), il processo (come il contenuto viene comunicato) e la percezione da parte del paziente (quali emozioni, preoccupazioni o sicurezze il paziente vive durante il colloquio con il medico).

Queste tre dinamiche differiscono fra loro a seconda del contesto clinico (medicina della semplicità, della complessità e del caos) e del metodo clinico utilizzato (*disease oriented*, *patient oriented* e *person centered*). Differenti contesti clinici determinano differenti modalità comunicative. La differenziazione di una fast communication, di una slow

Tabella 3. La medicina del caos (assenza di evidenze scientifiche e frammentata condivisione di pratiche cliniche emergenti).

<i>Person-centered care</i> come approccio clinico	Incrocio del sapere come registro comunicativo
Valorizza i valori e le preferenze del paziente come possibili obiettivi di cura	La comunicazione è lo strumento per confrontarsi con la persona e non con il paziente
Gli <i>outcomes</i> non sono solo sanitari ma si allineano ai valori e alle preferenze del paziente e del <i>caregiver</i>	La relazione medico paziente non si limita agli organi malati ma si esprime nel contesto globale della persona e della sua vita
Il sapere prassico diventa lo strumento che coniuga la teoria con la pratica	Il linguaggio conversativo e comprensivo esplicita meglio i valori e le preferenze del paziente
La terapia farmacologica viene ottimizzata secondo i principi del <i>just in time</i> in un'ottica di riduzione del rischio di reazione avverse	Il flusso comunicativo è continuo ed orientato alla condivisione di un piano di cura che tiene conto anche dei limiti della scienza
Il piano di cura tiene conto dei limiti delle evidenze scientifiche, delle preferenze del paziente ma anche della sua sostenibilità in una medicina a risorse limitate	La comunicazione basata sull'incrocio del sapere supera i limiti del pensiero riduzionista dell'approccio clinico <i>disease centered</i>
L'obiettivo della cura è far vivere nel miglior modo possibile la persona perché è tramite il suo benessere che si risponde alla dignità del vivere e del morire	L'incrocio del sapere come modello comunicativo spesso genera la vita, laddove l'ordine preconstituito di una procedura spesso genera l'abitudine

communication e di una intersection of knowledge strettamente collegata al contesto e al metodo clinico rappresenta una proposta operativa appropriata alle necessità del medico e ai bisogni del paziente mantenendo nello stesso tempo adeguate risposdenze alle più recenti communication skills evidence based medicine.

Bibliografia

1. Kurtz F, Snowden DJ. The new dynamics of strategy: sense-making in a complex and complicated world. *IBM Syst J* 2003;3:462-83.
2. Plesek EP. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323:625-8.
3. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137:535-44.
4. Ghisalberti A. Guglielmo di Ockham (Presentazione). Milano: Vita e Pensiero;1972. p 7.
5. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio; 1971.
6. Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004;351:2870-4.
7. Stewart M, Brown JB, Wayne W, et al. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. 2nd ed. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2003.
8. Mortari L. *Apprendere dall'esperienza. Il pensiero riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci; 2003.
9. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. 3rd Ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2013.
10. Balint M. *The doctor, his patient and illness*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1957.
11. Giddens A. *Le conseguenze della modernità*. Bologna: Il Mulino; 1994.
12. Palei S. *Il sapere professionale del servizio sociale tra riflessività, prassi e teoria*. Tesi di Laurea. Firenze: Università Studi di Firenze; 2008.
13. De Vito E. Medicine at the "edge of chaos". *Life Entropy Complex Med* 2016;76(1).
14. Bauman Z. *Modernità liquida*. Bologna: Ed. Laterza; 2002.
15. Paugam S. *L'exclusion. L'état des savoirs*. Editions La Découverte Paris 1996.
16. Glynn L, Scully R. The edge of chaos: reductionism in healthcare and health professional training. *Int J Clin Pract* 2010;64:669-72.
17. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. Volume 60, Issue 10, October 2012, Pages: E1-E25, American geriatrics society expert panel on the care of older adults with multimorbidity.
18. American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. *Person Centered Care: a definition and essential elements*. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:15-8.
19. Weiner A, Ronch J. *Models and pathways for person centered elder care*. Towson, MA: Health Professions Press; 2014.
20. Nussbaum MC. *The capability approach*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2011.
21. Paglia V. *Sorella Morte - La dignità del vivere e del morire*. Casale Monferrato: Piemme; 2016.
22. Chochinov HM. *Terapia della dignità - parole per il tempo che rimane*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2015.

L'illness del paziente: una *Evidence Based Medicine* nella medicina della complessità

Laura Occhini,¹ Antonio Pulerà,² Mario Felici²

¹Dipartimento di Scienze della Formazione, scienze umane e della comunicazione interculturale, Università degli Studi di Siena;

²U.O. Geriatria, Ospedale San Donato, Arezzo, Italia

Introduzione

L'oggettivo e progressivo invecchiamento della popolazione, impone agli operatori sanitari una sfida clinica che non può essere disattesa: superare i limiti della *medicina disease-oriented* per includere, nelle *clinical competences* del medico, le *pratiche person-centered*. Viene qui descritto un metodo di intervento pratico basato sul principio teorico del Triangolo di Malattia ed, in specifico, sull'esplorazione di uno dei vertici del triangolo: l'*Illness*. Si analizzano, inoltre, i vantaggi del metodo sull'organizzazione sanitaria (sia economici che organizzativi), sulla riduzione dei conflitti per malpractice e sull'aumento della compliance con il paziente, la famiglia ed il *caregiver*.

Il paradigma della complessità¹ (in medicina, come nelle scienze in generale) è ormai, e innegabilmente, un costrutto indispensabile per la presa in carico di un paziente. L'oggettivo e progressivo invecchiamento della popolazione, infatti, pone il clinico di fronte ad una sfida che, molto difficilmente, può essere vinta applicando i metodi della medicina *disease-oriented* e *doctor-centered* intesa classicamente nei suoi limiti deterministici. Cronicizzazione, comorbidità, stili di vita, condizioni economiche, sociali e familiari, reti di supporto, accesso alle cure, caratteristiche di personalità, approccio emotivo alla malattia, atteggiamento e disposizione psicologica verso la cura, diventano elementi imprescindibili della visione clinica del paziente complesso. Per questo sembra sempre più importante che il medico - oltre alle

competenze specifiche della pratica medica - arricchisca il suo agire professionale di elementi delle *clinical competences* che si connotano per una maggiore apertura alla multidisciplinarietà ed all'approccio olistico. Lo spostamento dalla prospettiva *disease-oriented* alla prospettiva *person-centered* è però direttamente consequenziale all'analisi della persona/paziente e, soprattutto, del suo *illness* e all'acquisizione di competenze comunicative mirate alla formulazione di un intervento clinico personalizzato ed efficace.

Background: la complessità in medicina

L'attuale assetto clinico ha l'obbligo di accettare una nuova sfida: non può limitarsi a farsi carico di un paziente con un quadro clinico acuto, circoscritto e risolvibile nel breve/medio termine. L'individuo *ammalato* è oggi, ed a maggior ragione a causa dell'oggettivo invecchiamento della popolazione,^{2,3} un malato il cui quadro clinico complesso (in cui incidono più patologie contemporaneamente) è inseribile unicamente in un modello di approccio multinterpretativo.

Il fenotipo clinico risultante è caratterizzato e influenzato non solo da evidenze biologiche (malattia-specifiche), ma anche - e spesso - da fattori psicologici intrasoggettivi legati al vissuto affettivo/emotivo di malattia. È influenzato dallo status socio-familiare del paziente, dalle sue condizioni economiche e culturali e dalla conseguente possibilità di avere accesso alle cure e alla comprensione delle stesse indicazioni di cura, *etc.* Tutti questi fattori - solo apparentemente scollegati dalla pura evidenza patologica - interagiscono fra di loro, e con i fattori malattia-specifici, in maniera dinamica volta a delineare la tipologia del malato complesso.⁴

Dalla presa di coscienza che lo stato di salute dei malati non si esaurisce con il trattamento delle malattie prese singolarmente, si innesca la necessità di ripensare gli approcci clinici che tendano a superare i limiti insiti della medicina *disease-oriented* (o, peggio, *doctor-centered* - vedi il paragrafo *Note di specificazione*), ponendo come focus diagnostico e terapeutico la centralità della persona malata (*patient-oriented*⁵ o *patient-centered*⁶ - vedi il paragrafo *Note di specifi-*

Corrispondente: Laura Occhini, Dipartimento di Scienze della Formazione, scienze umane e della comunicazione interculturale (DSFUCI), Università degli Studi di Siena, viale Cittadini 33, 52100 Arezzo, Italia.
Tel.: +39.0575.9261.
E-mail: laura.occhini@unisi.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright L. Occhini et al., 2017
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):39-45

cazione⁷⁻¹³) fino ad includere le sue caratteristiche di personalità, la sua realtà sociale, i suoi modelli esistenziali e la sua peculiare soggettività (*person-centered care*), al fine di migliorarne lo stato di salute, promuoverne la presa in carico nella sua globalità e nel lungo termine.

Il nostro lavoro si colloca quindi in questa area tematica e mira a definire modelli di operatività clinica che riducano al minimo l'investimento economico e organizzativo della cura. Tale approccio integra le *clinical competences* considerate classiche (ovvero il sapere scientifico e la formazione permanente (*knowledge*), l'agire in modo efficace e distintivo (*expertise*) e il comportamento finalizzato alla risoluzione delle problematiche organizzative) con la capacità di entrare in relazione con pazienti e familiari (*communication skills*).¹⁴ Grazie a un approccio multidimensionale, individualizzato, multiprofessionale e *cucito sul paziente* (il *tailored* o *personalised* della letteratura anglosassone) le evidenze scientifiche propongono, al medico della medicina complessa, nuove procedure in cui vengono integrati il punto di vista medico (*disease*), il punto di vista del paziente (*illness*) e le reazioni emotive ed affettive di cura dei familiari (*sickness*).

Note di specificazione

La medicina *doctor-centred* può considerarsi come una forma di evoluzione dell'approccio biologico/biochimico *disease-centred*. Il focus della cura, incentrato principalmente sulla risoluzione della malattia, si sposta sul protagonista in grado di fornire gli strumenti scientifici per eliminarla (il medico) sottraendo così alle informazioni diagnostiche alcuni elementi soggettivi del paziente che potrebbero invece essere determinanti nell'ottica della complessità.

Il termine *patient-centered* può essere fatto risalire ad alcuni articoli apparsi nel 1986 nella rivista *Family Practice*.^{7,8} Negli ultimi anni i ricercatori americani lo sostituiscono con *patient-centredness*⁹⁻¹¹ estendendone il concetto alla compliance clinica. È solo nell'ultimo anno che gli studiosi afferenti all'*American Geriatrics Society* hanno introdotto il più complesso e articolato concetto di *Person-Centered Care*.^{12,13}

Key messages

- Il *malato complesso* rappresenta una fetta significativa della popolazione ospedaliera e della medicina generale. Ciò impone una rivisitazione della pratica clinica in una prospettiva multinterpretativa e multidisciplinare.
- Superamento del paradigma operativo *disease-oriented/doctor-centered* e arricchimento delle *clinical competences* attraverso l'integrazione nelle *expertise* di pratiche *person-centered*.

Il focus teorico: il triangolo di malattia

Quali sono le aspettative di un paziente in fase di ospedalizzazione? O - più semplicemente - cosa si aspetta di ottenere una volta accolto in un ambiente sanitario deputato alla cura della malattia di cui è portatore? Fondamentalmente, possiamo semplificare concettualmente includendo le aspettative del paziente in tre aree: i) sicurezza; ii) cura; iii) cura efficace.

O meglio: *sentirsi sicuro, sentirsi curato, sentirsi curato bene*. Se la seconda aspettativa (la cura *tout court*) è ad esclusivo appannaggio delle competenze biomediche, il senso di sicurezza e il senso di efficacia con cui la cura si realizza nella percezione del paziente (e dei suoi familiari), implica l'entrata in gioco di fattori soggettivi, tra cui il ruolo della relazione di accudimento tra paziente e familiare (*caregiver*) o tra paziente e sistema familiare. Ma è altrettanto vero che il senso di sicurezza che deriva dalla cura non è solo (o semplicemente) il successo dell'intervento sul *disease* e sul contenimento dell'evidenza patologica, è anche (e soprattutto), la sensazione di essere considerato negli aspetti squisitamente soggettivi della malattia (dal *to cure* al *to care*¹⁵).

Potremmo - per semplicità - immaginare la malattia come un triangolo (Figura 1) i cui vertici rappresentano i vari aspetti che compongono la patologia e che illustrano, graficamente, il flusso comunicativo che intercorre fra tutti i protagonisti che - per una ragione o per l'altra - sono coinvolti nella relazione di cura. Analizziamone, singolarmente, le componenti.

Il *disease* è l'evidenza patologica di cui è portatore il paziente. È la malattia che colpisce l'organo o la funzione organica e si contraddistingue per la sua oggettività, predittività, rilevabilità e verificabilità. Indipendentemente dalla sua visibilità, il *disease* è un dato incontestabile e questo rende semplice l'approccio del medico al paziente: il malato diventa la malattia di cui è portatore e la malattia si può trattare in maniera scientificamente determinata.

Il *sickness* è, invece, un fenomeno complesso che riguarda più ambiti disciplinari; dall'antropologia, passando per la sociologia, fino alla psicologia di comunità per arrivare alla giurisprudenza e alla psicologia clinica.¹⁶⁻²⁰ È, quindi, difficilmente traducibile in maniera univoca ma, nella sola ottica della sua funzionalità nella pratica clinica quotidiana, possiamo considerarlo una dimensione sociale: il modo in cui la malattia e il malato vengono percepiti dalla rete sociale e, soprattutto, il modo in cui la patologia modifica gli assetti relazionali dell'ambiente in cui il paziente è inserito. È un elemento fondamentale da prendere in considerazione affinché l'operatore sanitario possa stabilire con il *caregiver* (o con il sistema familiare nel suo insieme) un modello comunicativo in cui i dati delle evidenze patologiche si integrino con le aspettative delle figure deputate

all'accudimento. Prendere atto del sickness del paziente si trasforma in una *conoscenza* che diventa - a sua volta - una competenza comunicativa; una risorsa relazionale (*communication skills*), che risulta efficace soprattutto nella riduzione dei conflitti per malpractice, dei costi della medicina difensiva e nella riduzione dello stress da relazioni conflittuali tra operatori sanitari e familiari/pazienti. L'indagine del sickness familiare (inerente soprattutto la figura di accudimento) sarà estesamente trattato in un prossimo lavoro, in questo stesso volume.²¹

Con il concetto di *illness*, si entra nel vivo del tema di questo lavoro. L'*illness* è l'esperienza soggettiva di malattia,²² la prospettiva individuale del paziente che coinvolge gli aspetti oggettivi del disease, i legami sociali e familiari del malato insieme all'eventuale modificazione della sua immagine sociale (*sickness*)²³ ma è - in primo luogo - un *elemento cognitivo selettivo* che innesca nella persona malata specifiche reazioni comportamentali ed emotive che possono facilitare o ostacolare in maniera determinante le procedure di cura.²⁴⁻²⁶

L'*illness* - a tutti gli effetti - è l'impalcatura cognitiva ed esperienziale individuale che si costruisce in risposta ad uno stato di vulnerabilità percepita²⁰ come conseguenza della patologia e che disegna l'*agenda* del paziente: l'insieme delle sue aspettative, delle sue credenze (giuste o sbagliate che si possano rivelare), delle sue convinzioni, delle sue paure e - soprattutto -

dei suoi atteggiamenti nei confronti della cura e degli operatori sanitari.²⁷

Conoscere l'*agenda del paziente*, comprenderne l'*illness*, significa creare una compliance clinica con il malato e con i suoi familiari che nel breve, medio e lungo termine, garantisce al medico e agli operatori sanitari una aderenza comportamentale alla terapia ed una alleanza clinica che difficilmente andrà a disattendere le aspettative delle parti in causa (comprese quelle dell'organizzazione) e che, mediamente, rende più soddisfacente il recupero funzionale.²⁵

Key messages

- Il *triangolo di malattia* illustra visivamente le tre dimensioni che entrano in gioco nel determinare lo stato di malattia di un paziente e rappresenta a livello simbolico il flusso comunicativo che intercorre fra i protagonisti della cura.
- Se si intende superare la pratica medica basata sul disease/doctor-centered è necessario considerare come parte determinante della malattia il vissuto personale del paziente e le sue interpretazioni della malattia (*illness*) né possono essere disattese le aspettative dei familiari e della rete sociale di cui il paziente fa parte (*sickness*).
- Sono trattati solo marginalmente gli aspetti legati al sickness che saranno invece oggetto di un lavoro successivo.

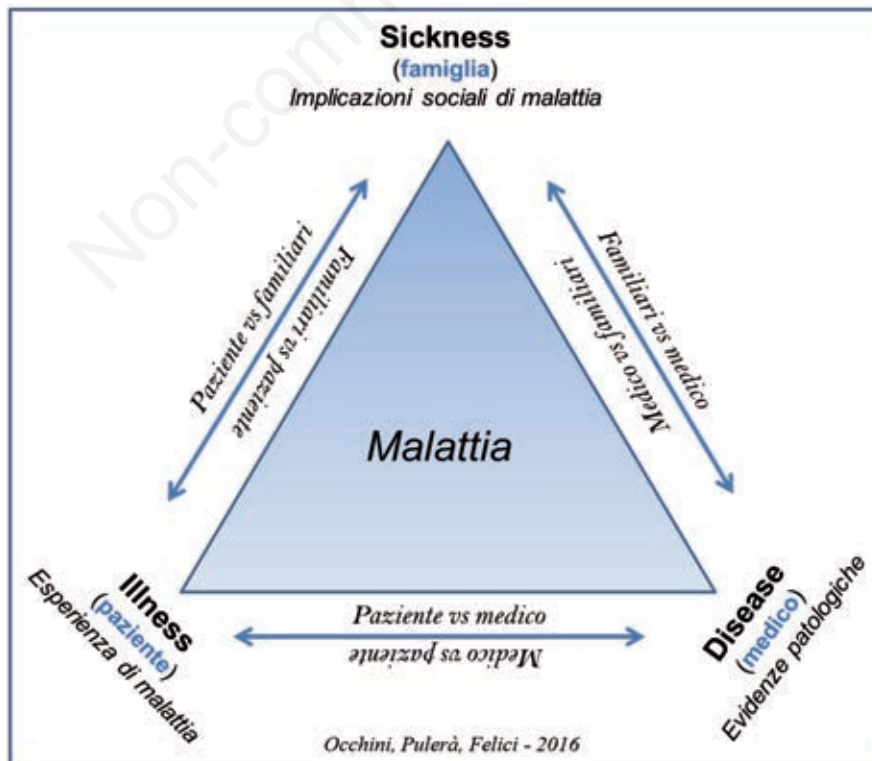


Figura 1. Il triangolo di malattia.

Cosa fare in pratica: l'esplorazione dell'*illness*

Le evidenze scientifiche ci dicono che, determinanti non legati al disease, influenzano negativamente non solo il decorso delle singole malattie, ma anche la percezione che l'individuo ha del proprio stato di benessere psico-fisico.²⁸

L'*illness* del paziente viene costruito attraverso una rappresentazione cognitiva della sua malattia che guida il comportamento finalizzato alla gestione della stessa: dalla diagnosi fino al trattamento, dal recupero funzionale alla consapevolezza che alcune funzioni possono essere perdute. I modelli dell'*illness* che i pazienti costruiscono sono costituiti da convinzioni su alcuni elementi peculiari della malattia quali: i) i sintomi che fanno parte della condizione medica e che a sua volta influiscono sull'identità del paziente; ii) le conseguenze della malattia in merito alla qualità e alla vita stessa; iii) le modalità di controllo e l'eventuale guarigione; iv) la durata dello stato di malessere.

Per essere più concreti, ed entrando ancora di più nello specifico, secondo uno studio effettuato da Petrie e coll.²⁴ la percezione della malattia contiene generalmente una componente che influenza l'identità della persona in relazione al nome della patologia e alla gamma di sintomi che il paziente ritiene essere associati alla condizione di salute. Ciò modifica la sua immagine sia a livello personale che a livello sociale.

Inoltre, la percezione della malattia si esprime anche attraverso le credenze circa le cause che l'hanno prodotta e sulle ipotesi di decorso. Ciò è più evidente per alcuni casi clinici in cui, durante i colloqui con i familiari, vengono espresse emozioni particolarmente intense e legate proprio alle convinzioni causali: sensi di colpa, rabbia, vergogna, ansia ecc., per lo stato di salute del proprio familiare ricoverato.

Ancora: i componenti dell'*illness* comprendono, in aggiunta, le credenze sulle conseguenze per il paziente e la sua famiglia, così come la misura in cui la malattia è suscettibile di controllo personale o tramite esami clinici e diagnostici (Figura 2).

A questo punto si possono avere dei riferimenti certi su quali aspetti interferiscono sulla percezione della malattia, rimane però la necessità di saper utilizzare tali informazioni nella pratica clinica e nella comunicazione tra medico e paziente/familiare per poter fare una medicina *person-centered* e per poterla applicare calibrandola alle esigenze dei tempi di un reparto ospedaliero e ai criteri di intervento stabiliti dall'organizzazione sanitaria.

Proprio dalla pratica clinica quotidiana emergono sia le criticità che i punti di forza del percorso: in primo luogo, le convinzioni dei pazienti circa la loro condizione sono, spesso, in contrasto con i dati oggettivi di coloro che li hanno in cura. Il personale medico, di solito, pur essendo a conoscenza dell'importanza delle convinzioni personali dei pazienti nell'influenzare in positivo o in negativo i risultati della terapia, raramente indagano questo aspetto nelle consultazioni



Figura 2. Le componenti dell'*illness*.

cliniche. In secondo luogo, la percezione dei pazienti varia notevolmente: pazienti diversi, con la stessa condizione medica, possono avere opinioni molto diversificate sulla loro malattia in virtù della loro organizzazione di significato personale.

Per ovviare al gap che si delinea fra competenze tecniche e competenze comunicativo/relazionali negli operatori sanitari e per integrare le *clinical competences* con forme d'intervento person-centered è necessario intervenire comprendendo nella pratica sanitaria le *communication skills*.

Non significa modificare il proprio modo di operare clinicamente: si tratta di dedicare pochi minuti alla negoziazione della cura e alla creazione della compliance con il paziente. Si parla, dunque, di intraprendere un processo decisionale condiviso che in-

cluda l'irrinunciabile approccio al disease con l'illness del paziente (Figura 3).

Occorrono solo pochi minuti per *esplorare l'illness* secondo il modello della Calgary-Cambridge²⁹⁻³¹ (Figura 4): i) Quali sono le convinzioni del paziente sulla sua malattia (sono corrette? il paziente ha compreso il suo reale stato di salute?); ii) Quali sono le preoccupazioni che il paziente ha circa i 5 aspetti dell'illness?; iii) Quali sono le aspettative circa il decorso, la cura e la guarigione?

Il risultato del breve colloquio, è in grado di fornire al medico (o all'operatore sanitario in genere) un quadro abbastanza esaustivo dell'illness del paziente. Tanto da permettergli di negoziare con lui i termini del contratto terapeutico: gli obiettivi, i tempi e i risultati attesi, l'aderenza alla terapia e alle procedure cliniche e, soprattutto, i termini della compliance.



Figura 3. *Illness shared decision making.*

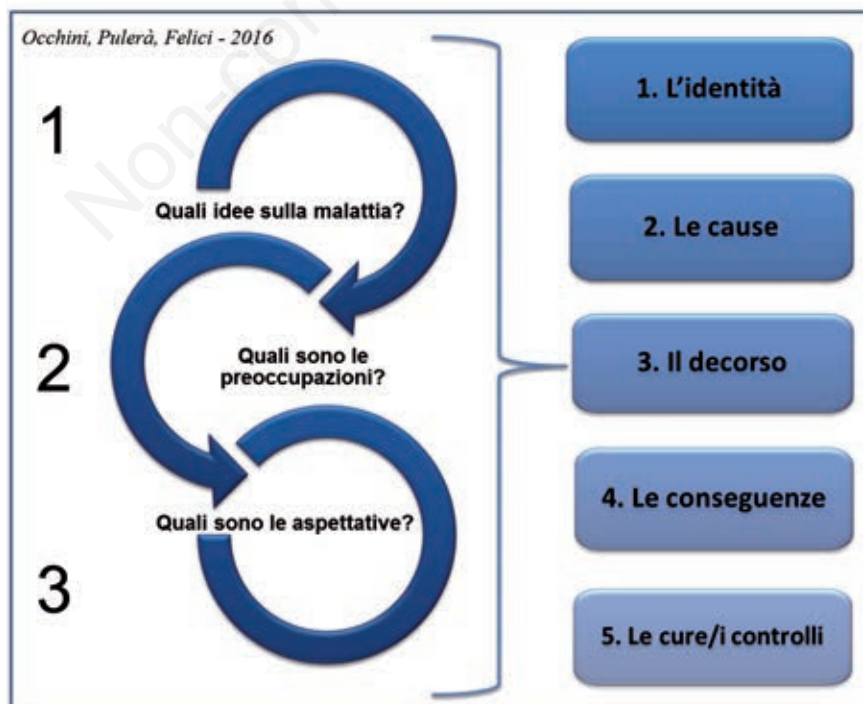


Figura 4. L'esplorazione dell'illness.

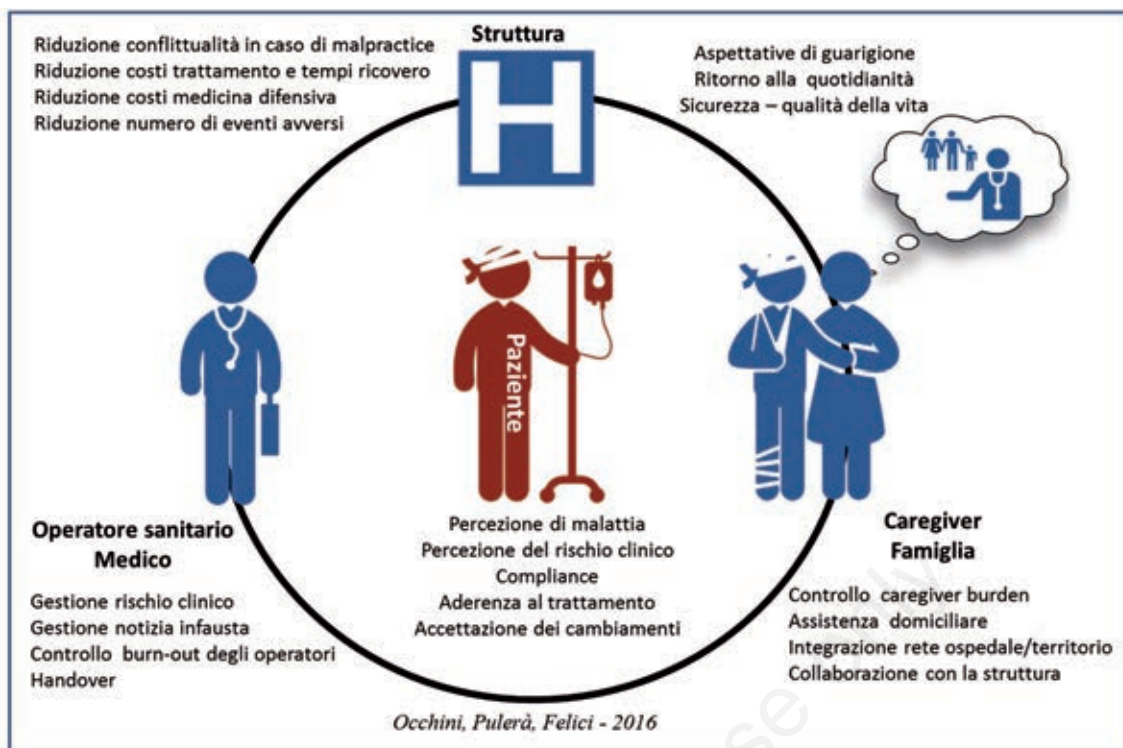


Figura 5. Vantaggi della *medicine person-centered*.

Conclusioni

In conclusione, appare evidente che le *clinical competences* devono necessariamente arricchirsi di quelle abilità comunicative specifiche che completano la formazione del medico (*communication skills*) proprio in virtù del contesto in cui egli è maggiormente chiamato ad operare. La medicina della complessità e del caos, non consentendo di avere dei punti fermi di riferimento (*evidence base medicine*), costringono il medico alla *costruzione* della cura e della presa in carico tenendo in considerazione l'illness del paziente. Insieme, i due attori principali della salute, potranno sperimentare nuove chiavi di interpretazione della malattia al fine di preservare la dignità del paziente e una maggiore qualità della vita. Né può essere trascurato il ritorno di efficacia rilevabile per le organizzazioni. Nella Figura 5 vengono riassunti i vantaggi che è possibile ricavare dall'inclusione nelle *clinical competences* di strumenti comunicativi e relazionali in grado di centrare l'intervento sanitario sull'agenda del paziente.

Key messages

- L'illness può essere analizzato attraverso cinque componenti che influiscono sulla percezione soggettiva della malattia (Figura 2). Le convinzioni del paziente - di contro - hanno un deciso impatto nel-

l'efficacia della cura e nell'aderenza del paziente alla terapia.

- Pur consapevole dell'importanza di creare compliance con le aspettative del paziente, il personale sanitario raramente include indagini rivolte a sondare efficacemente l'illness del paziente. Si propone qui una metodologia di negoziazione comunicativa condivisa per integrare le irrinunciabili esigenze delle pratiche disease con l'illness del paziente.
- Si ipotizza l'esigenza di applicare uno strumento agile (che non interferisca con le pratiche mediche) che includa nelle *clinical competences* le capacità comunicative che permettono al medico di aumentare le possibilità di aderenza al trattamento del paziente.
- Riassunti graficamente i vantaggi ottenuti dall'esplorazione dell'illness. Solo accennati, ma non considerati poco importanti, i vantaggi per l'organizzazione ed il gruppo di lavoro degli operatori sanitari.

Bibliografia

1. Bellavite P, Andrighetto G, Zatti M. Omeostasi, complessità e caos. Un'introduzione. Milano: Franco Angeli; 1995.
2. Istat. Rapporto annuale 2014: tendenze demografiche e trasformazioni sociali. Nuove sfide per il sistema di welfare (Capitolo IV). Disponibile su: <http://www.istat.it/it/archivio/120991>

3. World Health Organization. World Health Day 2012 - Ageing and health - Took it for event organizers. Geneva: WHO; 2012.
4. Vitale C, Cesario A, Fini M. Il malato "complesso". In: LM Fabbri, M Fini, C Nozzoli, GF Gensini (a cura di). La Medicina della complessità. Firenze: Firenze University Press; 2010. pp. 17-33.
5. Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *J Royal Coll Gen Pract* 1969;17:269-76.
6. Stewart MA. Towards a global definition of patient centred care. The patient should be the judge of patient centred care. *Br Med J* 2002;322:444-5.
7. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, et al. The patient-centred clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Pract* 1986;3:24-30.
8. Brown JB, Stewart MA, McCracken EC, et al. The patient-centred clinical method. Definition and application. *Family Pract* 1986;3:75-9.
9. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and a review of the empirical literature. *Social Sci Med* 2000;51:1087-110.
10. Mead N, Bower P. Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based measurement. *Patient Educ Counsel* 2000;39:71-80.
11. Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioner's patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Sci Med* 2002;55:283-99.
12. Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: a systematic literature review. *J Am Geriatr Soc* 2015;64:1-7.
13. Goodwin C. Person-centered care: a definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:15-8.
14. Nozzoli C, Mazzone A. Introduction to clinical competence. *Ital J Med* 2011;5:2-6.
15. Felici M, Lenti S. Gli effetti della riorganizzazione ospedaliera sulla comunicazione medico-paziente: un'analisi di cambiamento necessario. *Quaderni Ital J Med* 2015;3:523-7.
16. Parsons T. The sick role and the role of the physician re-considered. *Milbak Mem Found Q Health Soc* 1975;53:256-78.
17. William SJ. Parsons revisited: from the sick role to...? *Health* 2005;9:123-44.
18. Giarelli G, Venneri E. Sociologia della salute e della medicina. Milano: Franco Angeli; 2009.
19. Young NA. Antropologia dell'illness e del sickness. In: Quaranta I (a cura di). *Antropologia Medica*. Milano: Raffaello Cortina; 2006.
20. Molinari E, Compare A, Parati G. *Mente e cuore. Clinica psicologica della malattia cardiaca*. Milano: Springer; 2007.
21. Occhini L, Pulerà A, Felici F. Illness e comportamento di malattia. *Quaderni Ital J Med* 2017;5:46-54.
22. Parsons T. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *Am J Orthopsychiatry* 1951;21:452-60.
23. Mechanic D. The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychol Med* 1986;16-1:1-7.
24. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatr* 2007;20:163-7.
25. Petrie KJ, Weinman J. Patients' perceptions of their illness. *Curr Direct Psychol Sci* 2012;2:60-5.
26. Delle Fave A, Bassi M. *Psicologia della salute*. Torino: UTET; 2013.
27. Moja EA, Vegni E. *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Raffaello Cortina; 2000.
28. Frostholm L, Fink P, Christensen KS, et al. The patients' illness perceptions and the use of primary healthcare. *Psychosom Med* 2005;67:997-1005.
29. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. *Med Educ* 1996;30:83-99.
30. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1998.
31. Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marryng content and process in clinical method teaching. *Acad Med* 2003;78:802-9.

Illness e comportamento di malattia

Laura Occhini,¹ Antonio Pulerà,² Mario Felici²

¹Dipartimento di Scienze della Formazione, scienze umane e della comunicazione interculturale, Università degli Studi di Siena;

²U.O. Geriatria, Ospedale San Donato, Arezzo, Italia

Per una medicina della complessità

In questo lavoro, l'attenzione degli Autori si concentra sulla comunicazione person-centered e sulla necessità di calibrare gli interventi clinici integrandoli con alcune basilari competenze psicologiche. Si descrivono qui 3 tipologie di pazienti: monitorer (NTM), suppressor (NTS) e out of control (NTO) collegando il loro comportamento di malattia agli stili di attaccamento e al conseguente modello operativo interno che - si ipotizza - determini la percezione di *illness* del paziente, la relativa compliance al trattamento clinico e la resistenza al cambiamento determinato dalla malattia. Infine vengono proposti i vantaggi organizzativi ed istituzionali delle clinical competence estese, basate su una maggior uso della comunicazione person-centered e sulla presa in carico, non solo del disease del paziente, ma anche delle reazioni emotive a questo.

La malattia - per la medicina della semplicità - è un fenomeno circoscritto e circoscrivibile al *disease*, al disturbo che colpisce l'organo o la funzione organica e che, nosograficamente parlando, viene rimossa nel momento in cui si cura quella funzione o quell'organo; indipendentemente dal fatto che questi siano tornati ai livelli attesi di funzionamento per le aspettative del paziente (e/o dei suoi familiari) o che corrispondano alle esigenze di funzionalità richieste dallo stile di vita del malato (e/o dei suoi familiari). Se l'approccio *disease-oriented* (tipico della medicina della semplicità) è funzionale per la sua intrinseca scientificità,¹ appare solo parzialmente soddisfacente nel momento

in cui spostiamo il focus dell'attenzione dalla *malattia* al *malato*, dalla semplicità alla complessità, dal *paziente* alla *persona* con cui, come medici o come operatori sanitari, ci troviamo a interagire.^{2,3}

Evitare di concentrare gli sforzi solo sulla cura tout court (*to cure*), e spostare l'obiettivo clinico sul *prendersi cura* della persona (*to care*), significa demitizzare l'efficientismo della medicina della semplicità e avvalersi della pratica complessa per pianificare interventi che siano - oltretutto efficienti - anche profondamente efficaci in termini di *customer satisfaction* del paziente^{4,5} e altamente motivanti per la *job satisfaction* dei medici e degli operatori sanitari in genere.^{6,7}

Estendiamo il concetto riprendendo l'argomento del lavoro precedente, pubblicato in questo stesso volume:⁸ il paziente ammalato, in fase di ricovero ospedaliero, entra in un reparto con aspettative precise (Figura 1) e per ognuna delle sue aspettative possiamo ipotizzare aree di intervento comunicativo e relazionale specifiche che integrino le pratiche cliniche propriamente dette.

Palesemente, il paziente desidera essere *curato*: si aspetta quindi che il disturbo di cui è portatore venga rimosso. L'efficienza sanitaria implica che il *disease* debba essere individuato, trattato e, nei limiti del possibile, eliminato. Fin qua la medicina disease-centered cure è sufficiente - in sé - a definire *efficiente* un intervento clinico. Se vogliamo però che questo diventi efficace sotto ogni aspetto ed *eccellente* dal punto di vista della complessità di cura, allora è indispensabile considerare gli altri due vertici dell'ipotetico *triangolo di malattia* che abbiamo analizzato poco più indietro:⁸ l'*illness* ed il *sickness*. Più semplicemente l'esperienza soggettiva del paziente rispetto alla malattia e la percezione sociale e familiare rispetto alle modificazioni relazionali ed esistenziali che la malattia porta con sé.

Potremmo immaginare che il *prendersi cura* debba implicare, necessariamente e irrinunciabilmente, l'attenzione al disease (imprescindibile rispetto alla mission clinica) ma debba integrare gli aspetti peculiari dell'*agenda del paziente* (ossia tutto il bagaglio di conoscenze implicite e tacite che il paziente ha sulla malattia, le aspettative, le paure, i dubbi circa il decorso e la guarigione) che spesso non coincidono con l'*agenda del medico* (ossia tutto il bagaglio di cono-

Corrispondente: Laura Occhini, Dipartimento di Scienze della formazione, scienze umane e della comunicazione interculturale (DSFUCI), Università degli Studi di Siena, viale Cittadini 33, 52100 Arezzo, Italia.
Tel.: +39.0575.9261.
E-mail: laura.occhini@unisi.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright L. Occhini et al., 2017

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):46-54

scienze scientifiche e di competenze cliniche sul disease di cui il medico è portatore e di cui risponde anche istituzionalmente). Queste ultime - frequentemente - sono poi in contrapposizione o in antitesi con l'*agenda del caregiver* (ossia con tutte le ansie, le paure, i dubbi e le richieste del familiare del paziente o di chiunque si prenda cura di lui o che con lui condivide la vita quotidiana).

Ma il focus dell'intervento clinico è - e deve rimanere - il *paziente*, non solo la sua malattia. E il paziente diventa *persona* e non ...*il malato* nel momento in cui le procedure cessano di essere generalizzate e generalizzabili (medicina della semplicità) e si estendono anche agli aspetti squisitamente personali e psicologici legati alla malattia, all'*illness* e al soggettivo comportamento di malattia (medicina della complessità).⁹⁻¹¹

Per questo viene da chiedersi se - ed in quale misura - è possibile calibrare gli interventi clinici tenendo conto anche delle peculiarità e delle soggettività dei pazienti. Abbiamo già visto⁸ che - in pochi minuti - è possibile *esplorare l'illness* del paziente utilizzando il modello della Calgary-Cambridge¹²⁻¹⁴ che non ostacola la pratica medica e non allunga i tempi di intervento, ma permette di avere un quadro quasi completo dell'*agenda del paziente* e delle sue aspettative di efficacia della cura. A questo si può aggiungere una ulteriore competenza clinica (*clinical competence*): la capacità di intuire (semplicemente attraverso l'osservazione del paziente) il suo modello comportamentale di malattia che permetterà di calibrare l'intervento riducendo al minimo alcuni rischi clinici e istituzionali. Si potrebbe obiettare - e forse anche a pieno titolo -

che l'operatività di un reparto ospedaliero ha caratteristiche cliniche e strutturali che rendono un intervento psicologico complicato ed inapplicabile: per questioni di tempo, di opportunità e di verificabilità scientifica degli interventi applicati. Ci piace obiettare a questa giusta osservazione specificando che, non obbligatoriamente, gli interventi psicologici debbono essere visti come contrapposti alla pratica medica tout court o come inapplicabili al paziente a causa dei tempi medi di degenza. Esistono dati della struttura di risposta del paziente alla malattia che possono essere intuiti e affrontati attraverso un breve percorso formativo che, una volta acquisito, non necessita di una professionalità specifica (se non quella ovvia del medico e dell'operatore sanitario).

Ne diamo conto attraverso un breve quadro teorico sui modelli di risposta alla vulnerabilità soggettiva correlati all'*illness behavior* (comportamento di malattia) e concependo quest'ultimo come un MOI (un modello operativo interno) originato dal sistema motivazionale di attaccamento.

Key messages

- A partire dalla distinzione tra medicina della semplicità (*to cure*) e medicina della complessità (*to care*) si tenta di circoscrivere i bisogni del paziente e di immaginare per ognuno di essi un intervento (clinico, comunicativo e relazionale) che aumenti i livelli di customer and job satisfaction di tutte le figure coinvolte nei percorsi di cura.
- Richiamando alle teorie di base, espresse nell'arti-

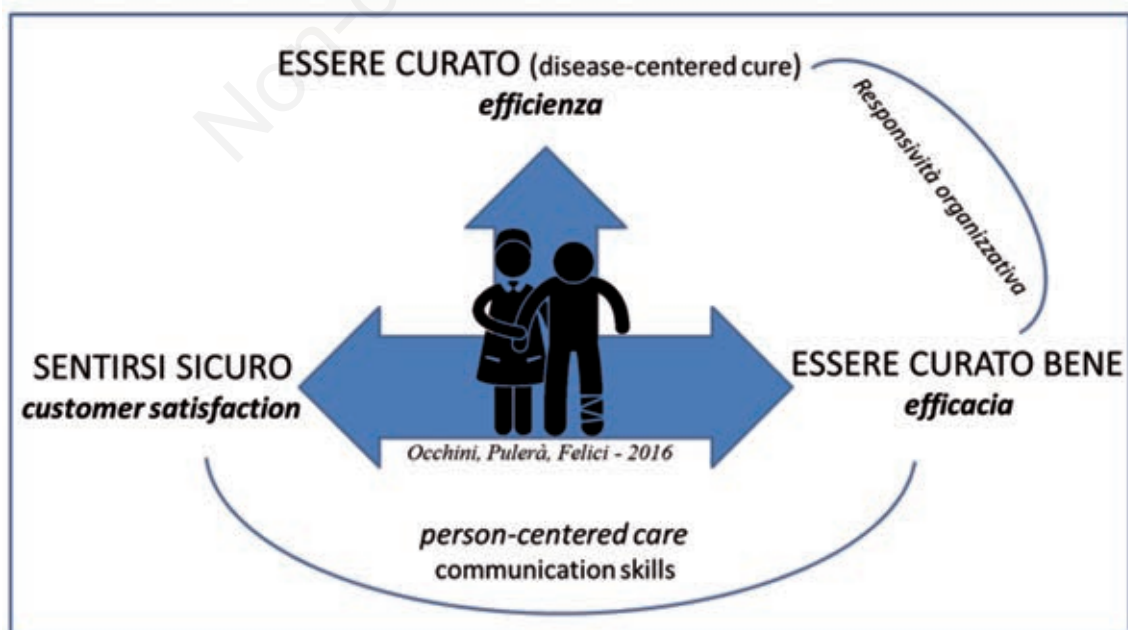


Figura 1. Le aspettative di cura.

colo precedente in questo stesso volume⁸ aggiornare al momento della stampa, si evidenzia l'irrinunciabilità di analizzare il paziente, invece che solo la sua malattia (*disease-centered cure*), in tutti gli aspetti che costituiscono il suo soggettivo triangolo di malattia (*person-centered care*¹¹).

- Si introduce quindi l'importanza della comprensione dell'illness come parte integrante delle competenze cliniche e l'ipotesi che questo, considerato alla stregua di un MOI (Modello Operativo Interno), possa determinare la reazione dell'individuo di fronte alla malattia.

Sistema motivazionale di attaccamento e l'illness come modello operativo interno

Prima di descrivere dettagliatamente le differenti modalità di reazione alla malattia e le diverse caratterizzazioni dell'illness nei pazienti, è necessario introdurre ad alcuni concetti base della psicologia cognitivista; questa, di fatto, costituisce il substrato epistemologico all'interno del quale ci muoviamo per fornire una competenza comunicativa e clinica basata sulla comprensione dei bisogni (espliciti ed impliciti del paziente). Iniziamo con la descrizione dei sistemi motivazionali che spingono il nostro comportamento alla ricerca del benessere, della sicurezza e della stabilità.

I *sistemi motivazionali* sono sistemi cerebrali a base innata che precedono, ontogeneticamente e filogeneticamente, sia la cognizione che la consapevolezza umana. Potremmo affermare, con Liotti,¹⁵ che siano dei concetti espressivi che si sovrascrivono all'arcaico concetto di *istinto* ma lo ampliano e lo integrano scientificamente. Divengono, pertanto, modelli interni che motivano, controllano e regolano sia il comportamento che le espressioni emotive dell'individuo e che possono considerarsi evolutivamente selezionati per garantire il perseguimento dei propri scopi, del proprio benessere fisico e sociale. Soprattutto, però, garantiscono all'uomo (ma in generale a tutti i mammiferi) l'adattamento all'ambiente circostante e la possibilità di mettere in atto (in maniera solo parzialmente cosciente) strategie comportamentali che garantiscono la sopravvivenza del singolo o il mantenimento di uno stato di benessere e di equilibrio (organico e/o psicologico).

I sistemi motivazionali innati si distinguono in: i) i *sistemi motivazionali non sociali omeostatici* sono quelli evolutivamente più arcaici la cui attivazione è - perlopiù - a carico del tronco encefalico e del cosiddetto *cervello rettiliano*.¹⁶ Fondamentalmente hanno lo scopo di stimolare l'attivazione di quelle condotte che mirano a mantenere l'omeostasi dell'organismo: termoregolazione, alimentazione, difesa, ritmi sonno/veglia e attività/riposo ma anche predazione, esplorazione ambientale e organizzazione dell'habitat; ii) i *si-*

stemi motivazionali non sociali epistemici sono da considerarsi legati esclusivamente alle attività umane, sono sostenuti dai circuiti cerebrali neocorticali e riguardano soprattutto i sentimenti di *mastery* (padronanza su...) e di *good form* (buona forma); iii) i *sistemi motivazionali sociali* regolano le interazioni sociali (definiti anche SMI - Sistemi Motivazionali Interpersonali¹⁷) e hanno la loro sede cerebrale nel sistema limbico⁽¹⁶⁾. Lo scopo è quello di motivare l'organismo a sviluppare e mantenere relazioni che possano garantirgli la sopravvivenza all'interno di un gruppo attraverso la protezione, il sostegno e la difesa.

Secondo varie teorizzazioni, i cinque fondamentali SMI sono:¹⁸

- Il *sistema comportamentale sessuale* finalizzato evolutivamente al proseguimento della specie, al mantenimento dei propri geni e alla stabilizzazione (nell'uomo) del nucleo familiare. Viene attivato dalla produzione di segnali seduttivi di un conspecifico e disattivato dall'orgasmo. A questo sistema è connessa la sperimentazione di emozioni negative legate al rifiuto, alla gelosia ed alla paura di essere rifiutati ed emozioni positive legate alla mutualità erotica ed affettiva.
- Il *sistema agonistico (competitivo)* finalizzato evolutivamente a definire, all'interno dei gruppi di conspecifici, le relazioni di potere/dominanza/status che stabiliscono anche il sistema di relazioni di rango. Viene attivato dalla limitata disponibilità di una risorsa, dai segnali di sfida provenienti da un membro del gruppo, dai segnali che sminuiscono o squalificano l'individuo e/o la sua funzione all'interno della rete sociale ed è disattivato dai segnali di resa o dall'attivazione del suo sistema speculare (quello cooperativo - vedi sotto). A questo sistema è connessa la sperimentazione di emozioni negative come la vergogna, il disprezzo, la derisione, la paura, la colpa l'invidia e la sperimentazione di emozioni positive come il trionfo, l'orgoglio il senso di potere, di controllo e di superiorità.
- Il *sistema cooperativo* (speculare e contrario a quello competitivo) è finalizzato a mettere insieme le forze quando uno scopo da raggiungere è raggiungibile solo attraverso lo sforzo comune dei membri di un gruppo. È attivato dal senso di appartenenza e dai segnali comunicativi che non trasmettono, sfida o disprezzo ma, al contrario, generano risposte affiliative. È disattivato dal raggiungimento dell'obiettivo o, al contrario, dal tradimento delle aspettative di collaborazione. Le emozioni negative sono legate alla solitudine, all'isolamento, alla colpa e alla percezione di distanza sociale. Le emozioni positive all'empatia, la simpatia, la fiducia e la condivisione.
- Il *sistema di accudimento* è finalizzato evolutivamente a proteggere gli elementi più deboli di un gruppo e a supportare gli individui che non posse-

gono la necessaria autonomia per proteggere se stessi. È quindi attivato da tutti i segnali di sofferenza, di conforto o di bisogno di protezione (*separation call*) dell'individuo che in quel momento è motivato dal sistema di attaccamento. Il sistema è disattivato dai segnali di sollievo o di sicurezza. A questo sistema si legano emozioni negative motivate dal senso di colpa, dall'ansia legata alla adeguatezza della risposta di aiuto e dalla compassione per la situazione di difficoltà sperimentata dall'interlocutore. Le emozioni positive sono, invece, legate alla soddisfazione, alla tenerezza e alla gioia per aver sostenuto l'individuo in difficoltà. Appare chiaro come, questo sistema, sia fortemente collegato alla relazione di cura (sia da parte degli operatori sanitari che da parte dei caregiver familiari). Conoscerne i meccanismi sottostanti e - soprattutto - comprenderne le peculiarità individuali, potrebbe agevolare non poco la comunicazione con i familiari dei pazienti. Comprendere poi i meccanismi psicologici che guidano il nostro sistema motivazionale di accudimento può - senz'altro - aiutarci a sviluppare una maggiore consapevolezza nel nostro ruolo di medici e di operatori sanitari. Ma sarà tema da sviluppare in altra sede.

Qui tratteremo estesamente il *sistema motivazionale di attaccamento* (Tabella 1^{15,19}) che - insieme a quello di accudimento - va a costituire l'insieme di due sistemi motivazionali speculari e non contrapposti ma impossibili da considerare come disgiunti (se non per una questione di pura esplicitazione teorica). Sono, infatti, i due sistemi la cui attivazione e disattivazione prevede - obbligatoriamente - il segnale di attivazione o disattivazione del suo sistema reciproco.

Il 5° sistema motivazionale, quello di attaccamento, è finalizzato a ricercare la vicinanza di figure che sono in grado di fornire protezione, sicurezza, garanzie di conforto nel momento in cui l'individuo sperimenta un senso di vulnerabilità o di sofferenza e, soprattutto, finalizzato a richiamare a sé la figura che può soddisfare dei bisogni avvertiti come fondamentali. Più semplicemente, quindi, il sistema è attivato

da tutte quelle sensazioni in cui si sperimenta la propria vulnerabilità (fatica, dolore, malattia) o dalla sensazione di non poter soddisfare un bisogno in maniera autonoma. Palesemente le emozioni negative sono legate alla sensazione di paura, di rabbia e di tristezza che si prova nel momento in cui la figura che può alleviare queste sensazioni non è presente o è indisponibile a fornire supporto. Le emozioni positive sono quelle legate alla sicurezza relativa alla sua vicinanza.

Una straordinaria definizione del sistema comportamentale di attaccamento ci arriva dagli scritti di Bowlby che, insieme alla Ainsworth,²⁰ può essere considerato come il maggior rappresentante degli studi su questo processo interattivo:

[...] dire che un bambino è attaccato a, o dire che ha un attaccamento con, equivale a dire che egli è fortemente predisposto a ricercare la vicinanza e il contatto con una specifica figura di attaccamento e che fa ciò in particolari situazioni, più specificamente quando si sente angosciato, spaventato, stanco o malato.²¹

L'attaccamento, quindi, è un sistema comportamentale a base innata massimamente attivo durante l'infanzia quando il neonato, poi bambino, percepisce la propria vulnerabilità, la propria non autonomia nel soddisfacimento dei bisogni e la necessità di una figura (il caregiver) che organizzi e definisca il suo ambiente fornendo quella che Bowlby definì *base sicura*.²² Più semplicemente: una base dalla quale partire per esplorare l'ambiente ma alla quale ritornare ogni volta che non ci si sente abbastanza pronti o abbastanza forti per rimanere da soli.

Gli individui che hanno sperimentato un *attaccamento sicuro* nell'arco della loro infanzia, hanno imparato che i segnali del sistema motivazionale di attaccamento generano risposte di accudimento tese a supportare e soddisfare il bisogno espresso e a ridurre lo stato di vulnerabilità o di sofferenza.

Quando le risposte di accudimento, al contrario, non arrivano o arrivano in maniera incoerente, quando il caregiver è perlopiù indisponibile all'accudimento si parla di *attaccamento insicuro*.

Tabella 1. Sistemi motivazionali interpersonali (SMI) di attaccamento/accudimento.

Attivato da	Sistema motivazionale	Disattivato da	Emozioni meta ostacolata	Emozioni meta raggiunta
Fatica, dolore, solitudine, percezione di vulnerabilità, impossibilità di soddisfare bisogni di vario genere	Attaccamento	Conseguimento della vicinanza della figura che può soddisfare i bisogni o ridurre il disagio; impossibilità di conseguire la meta (inibizione del sistema)	Paura → Disperazione (da separazione) Collera (protesta) Tristezza (da perdita) Distacco emozionale	Conforto Gioia Sicurezza (fiducia)
Segnali di richiesta di protezione provenienti da un membro del gruppo	Accudimento	Segnali di sollievo e sicurezza provenienti dall'altro	Ansia (sollecitudine) Compassione Colpa	Tenerezza Gioia

Tratta da Liotti, 2005;¹⁵ Occhini, in press.¹⁹

Una volta consolidatisi, gli stili di attaccamento tendono a mantenersi stabili fino all'età adulta e a tradursi in strutture cognitive meglio note come *Modelli Operativi Interni* (MOI). Potremmo definirli, per semplicità, come rappresentazioni interne che si sviluppano a partire dalle esperienze precoci di relazione con la base sicura (caregiver), che si estendono successivamente a tutti gli aspetti ambientali e relazionali e che determinano sia le aspettative di accudimento nei confronti delle proprie richieste di attaccamento sia la percezione di sé come individuo competente (o non competente) meritevole (o non meritevole) di richiamare vicino a sé le figure che possono fornire conforto, sicurezza e benessere.

Sembra quindi scontato che questa modalità di rappresentazione di sé stessi e della disponibilità degli altri nei nostri confronti si configuri come un *costrutto cognitivo* sul quale fondare la *fiducia* sulla presenza e la disponibilità dell'altro nei momenti in cui ci si sente vulnerabili ma - soprattutto - su quello che occorre fare (o non fare) per attivare e disattivare il sistema motivazionale di attaccamento e di accudimento.

Facciamo un esempio attinente al tema della cura. Comunemente, una persona ammalata che viene ricoverata in ospedale (qualsiasi persona ammalata) sperimenta in concomitanza con lo stato di malattia l'insorgere di questi tre vissuti: i) aumento della *vulnerabilità* percepita (è vulnerabile colui che è *potenzialmente* impossibilitato a proteggersi e a garantirsi un soddisfacente livello di benessere, colui che è (o si sente) esposto alla possibilità di essere danneggiato); ii) diminuzione della propria *autonomia* (si sente privata dell'autonomia la persona che non può gestire autonomamente il livello del proprio benessere che, in quanto malata, deve delegare a figure professionali non familiari; è privato di autonomia l'individuo che, malato, non può gestire il proprio tempo e i propri ritmi esistenziali ma è costretto ad adattarsi a quelli dell'istituzione sanitaria; *etc...*); iii) aumento della *dipendenza* fisica o psicologica (il paziente è costretto a fare affidamento sulla professionalità e la competenza degli operatori sanitari e a fidarsi dell'appropriatezza dei comportamenti derivati dal sistema motivazionale di accudimento dei suoi caregiver).

Rispetto a quanto abbiamo definito poco sopra, appare evidente come la malattia diventi un innesco cognitivo del *sistema motivazionale di attaccamento*: ... *sono ammalato, sono vulnerabile, ho bisogno di aiuto, devo fidarmi di chi è affettivamente legato a me, devo fidarmi di chi ha le competenze per aiutarmi*. È in questo preciso momento che si attiva, implicitamente, il *modello operativo interno*, la rappresentazione mentale del sé rispetto allo stato di vulnerabilità e di necessità. Più semplicemente: la rappresentazione di sé rispetto ai tre vissuti esperienziali innescati dallo stato di malattia vanno a costruire la struttura psicologica

sulla quale si definirà l'*illness*, l'interpretazione soggettiva della malattia, dei suoi effetti e delle possibilità di guarigione. Come il paziente reagirà di fronte al suo stato, come interagirà con le indicazioni cliniche, quale sarà il suo grado di compliance con gli operatori e con le procedure mediche, quanto collaborativo, ostile e passivo... dipenderà in gran parte da quale rappresentazione di sé si è costruito rispetto al suo stato di vulnerabilità fisica e/o psicologica implicita nello stato di malattia.

Key messages

- Viene fornita una definizione del concetto di *Sistema Motivazionale* secondo la psicologia cognitivista. Si analizzano in dettaglio i sistemi motivazionali sociali interpersonali.
- Tra i sistemi motivazionali sociali (o interpersonali - SMI) vengono descritti approfonditamente quelli riferiti ai sistemi comportamentali di attaccamento e di accudimento. Quelli cioè che, più degli altri, spiegano alcuni specifici tratti dell'Illness Behaviour (IB).
- Il sistema motivazionale di attaccamento diventa, nell'adulto, un modello operativo interno: una struttura cognitiva che definisce come il paziente si percepisce rispetto alle esperienze relazionali e sociali.
- A partire da questo presupposto teorico si ipotizza che l'*illness* del paziente sia strettamente connesso al suo modello operativo interno e che questo si inneschi nel momento in cui l'individuo ammalato sperimenta il senso di vulnerabilità, di dipendenza e di diminuita autonomia.

Modelli operativi interni e comportamento di malattia

Il comportamento di malattia è la modalità (e la tonalità emotiva), attraverso la quale il paziente interpreta, valuta e reagisce ai sintomi della malattia (se ci sono), alla diagnosi e alle sue implicazioni, alle evidenze patologiche (anche in assenza di sintomi), alle modificazioni dello stile di vita derivanti dalla patologia o dal suo livello di gravità. Il comportamento di malattia può essere valutato sulla base dei modi e delle forme comunicative con cui il paziente chiede aiuto a familiari (ai caregiver informali e/o professionisti). È quindi una evidenza soggettiva e soggettivamente vissuta dal paziente che si può approcciare e definire solo attraverso competenze comunicative e alcune conoscenze specifiche del vissuto psicologico del malato.

Come abbiamo già accennato, gli individui che hanno avuto un *attaccamento sicuro* hanno, di fatto, costruito un modello operativo interno che permette loro di rappresentarsi positivamente all'interno di una relazione affettiva o di una relazione di aiuto; hanno avuto

esperienza di accadimenti appropriati e coerenti, sono stati ascoltati nelle loro richieste e accolti nei loro bisogni, le figure di attaccamento sono quindi percepite come disponibili a prestare aiuto. La rappresentazione di sé è quella di una persona che può farcela autonomamente ma che, in caso di bisogno, merita e ottiene l'aiuto degli altri. È quindi il cosiddetto *paziente collaborativo*: chiede informazioni, sostegno, aiuto e aderisce alla cura. Non esaspera i bisogni e crea una buona relazione con gli operatori sanitari. Molto difficilmente manifesta ostilità o passività rispetto alle pratiche cliniche e - al contrario - risponde alla malattia con un buon livello di *hardiness*^{23,24} (vedi il paragrafo *Note di specificazione*²⁵), soprattutto per quanto riguarda il *commitment* e il *control* di tutti gli aspetti psicologici legati alla malattia.

Ma cosa avviene quando le richieste di vicinanza, di aiuto, supporto o protezione durante l'infanzia vengono disattese o fraintese? In questo caso si parla di un attaccamento insicuro: il caregiver non è disponibile (o è ostile) nel momento in cui viene richiesto l'accudimento (*attaccamento ansioso evitante*) o, in alternativa, il caregiver risulta discontinuo, spesso incoerente nelle sue risposte di accudimento (*attaccamento insicuro-ambivalente*). I modelli operativi interni si orientano quindi in modi completamente diversi rispetto a quelli di un individuo *sicuro*: entrambi sanno che la strategia di ricerca di vicinanza della figura di attaccamento ha molte probabilità di fallire. Devono pertanto mettere in campo strategie secondarie per alleviare il senso di disagio e di vulnerabilità.²⁶

Le strategie secondarie possono essere raccolte in due grandi categorie: le *iper-attivanti* e le *de-attivanti*. Ovviamente andremo a descriverle tenendo fermo il focus teorico in cui ci muoviamo e rapportandole alle pratiche cliniche ospedaliere. Ciò che dobbiamo tener bene a mente è, piuttosto, il fatto che la maggioranza delle persone/pazienti che si trovano costretti ad attuare strategie secondarie di attivazione del sistema di attaccamento (tanto per l'una quanto per l'altra strategia secondaria) hanno un sistema molto rigido di attenzione e di controllo. Il loro modello operativo interno, nel momento di vulnerabilità fisica e psicologica prodotta dalla malattia, restringe la rappresentazione mentale del sé e colloca la condizione di malato (*illness*) in una esperienza dolorosa dalla quale si può uscire solo reiterando acriticamente modelli comportamentali disfunzionali che operano impedendo, di fatto, che i processi comunicativi siano efficaci e rendendo molto complessa la compliance e l'accettazione delle procedure mediche. Andiamo a descriverle nel dettaglio.

Note di specificazione

L'*hardiness* può essere definito come un tratto di personalità che permette all'individuo di opporre una reazione psicologica efficace agli eventi avversi e di

reagire ad essi in maniera positiva e combattiva. Non deve essere confuso con il concetto di resilienza, che riguarda la capacità di resistere e di controllare gli effetti negativi di una esperienza più che di reagire ad essa nel tentativo di modificarne l'impatto. L'*hardiness* (robustezza) è un vero e proprio tratto di personalità descritto alla fine degli anni '70 per identificare gli individui che, nonostante fossero stati esposti a ripetuti eventi essenziali stressanti (*stressful life events*), avevano mantenuto un buon livello di salute e di stabilità psicologica.²⁵ L'*hardiness* si manifesta attraverso tre disposizioni comportamentali (le 3C dell'*hardiness*): *commitment-control-challenge* (impegno nell'uso delle proprie competenze e delle proprie capacità; consapevolezza delle proprie capacità e fiducia nel poter gestire le situazioni attraverso queste; tendenza a interpretare la difficoltà come sfida e non come problema²³).

Strategie iper-attivanti

Le strategie iper-attivanti vengono messe in atto in risposta a un modello operativo interno in cui, le figure di attaccamento, sono considerate disattente, imprevedibili, non rispondenti, ambivalenti e la cui risposta di accudimento non è garantita e quando arriva (se arriva) potrebbe non essere adeguata ai bisogni (*attaccamento ansioso-ambivalente*). La richiesta di vicinanza, quindi, viene espressa attraverso una esasperazione delle reazioni emotive e del reale stato di bisogno. La persona è costantemente focalizzata sulle minacce che possono venire dall'ambiente esterno (sensazione di essere in un luogo dove non si verrà curati adeguatamente, dove non ci sente sicuri, dove non c'è una figura che possa essere presa come riferimento), dalle relazioni (paura del rifiuto, sensazione di abbandono, impressione di essere derisi o disapprovati, percezione di essere mal sopportati) o addirittura rispetto ai propri stati interni (le emozioni possono essere scambiate per malori, il dolore anche quando minimo può essere raccontato come insopportabile). Rubando una immagine simbolica trovata in rete²⁷ potremmo immaginare le strategie iper-attivanti come un segnale di pericolo; funzionerebbero come il colore arancione del semaforo: segnalano costantemente alla persona che le sperimenta una situazione di pericolo. Il mondo esterno, le relazioni sono una minaccia da monitorare per prepararsi a scongiurarla e in questo non si può essere soli. I comportamenti di malattia conseguenti sono connotati da una attivazione vigile che tende a *monitorare* qualsiasi dato ambientale ed interno che possa essere interpretato come una minaccia (per questo definiti *monitorer* o NTM *Natural Threat Monitorers*²⁸). Si individuano facilmente: già dai primi contatti con il medico o con le strutture cliniche manifestano reazioni ansiose, stati di allarme e di controllo e gestione della comunicazione e dell'ambiente. Non si presentano mai da soli e tendono a non allon-

tanarsi o non far allontanare le figure di attaccamento (compresi gli operatori sanitari ai quali sono richieste prestazioni spesso inutili ma legate alla presenza fisica nella stanza del paziente). Vengono drammatizzati i sintomi, sottovalutati i progressi ed esasperati gli insuccessi o quelli che vengono interpretati come insuccessi. Vengono richieste prestazioni sanitarie inutili. Il comportamento - spesso percepito dagli operatori sanitari - come ingestibile, può dar luogo a conflitti che (in alcuni casi) si trasformano in veri e propri problemi legali. Rifacendoci alla Figura 2: il *paziente monitorer* fa fatica a sentirsi sicuro. Per quanto sia curato e curato bene (efficienza + efficacia) sarà difficile convincerlo che la cura è stata fornita nel migliore dei modi possibile. Proprio perché la sua attenzione è costantemente concentrata sulla *minaccia*. Serve quindi una comunicazione person-centered che si sposti verso l'obiettivo reale: fornire sicurezza.

Strategie de-attivanti

Le strategie de-attivanti vengono messe in atto in risposta a un modello operativo interno in cui, le figure di attaccamento, sono considerate indisponibili se non addirittura ostili (attaccamento ansioso-evitante). Le persone con attaccamento evitante hanno imparato che la richiesta di prossimità con il caregiver è motivo di frustrazione: generalmente la figura di attaccamento è

assente o - quando presente - è incapace di risolvere il bisogno, la sofferenza o la necessità di un supporto. In letteratura vengono definiti *soppressor* o NTS (*Natural Threat Suppressor*²⁹) proprio perché il loro comportamento di malattia è connotato da un apparente distacco emotivo e da una scarsa attenzione nei confronti della propria vulnerabilità. Più chiaramente: la vulnerabilità può essere occultata o - peggio - non avvertita. Il paziente può quindi negarla all'esterno o negarla addirittura a se stesso. Riprendendo la similitudine con le luci del semaforo, potremmo immaginare lo stato emotivo del paziente *soppressor* come fermo sul colore verde: la minaccia o la vulnerabilità è negata o non contemplata perché il senso di sicurezza non può essere fornito dalla presenza di un caregiver o da un operatore disposto a fornirgli cure. L'unico senso di sicurezza plausibile ed accettabile è quello fornito dall'inesistenza di elementi che lo rendano non autonomo e non bisognoso di aiuto. Per gli operatori sanitari è - comunemente - il paziente meno fastidioso. Quello che non chiede mai nulla o che non pone problemi. È semplicemente concentrato a riacquisire la propria libertà di movimento e a non pensare sui suoi familiari (dalla cui presenza sembra, spesso, infastidito). Apparentemente il paziente ideale; in realtà un paziente che, negando l'effettivo stato di salute, nega contestualmente anche il bisogno di cure evitando di richiamare l'attenzione sui sintomi e sugli

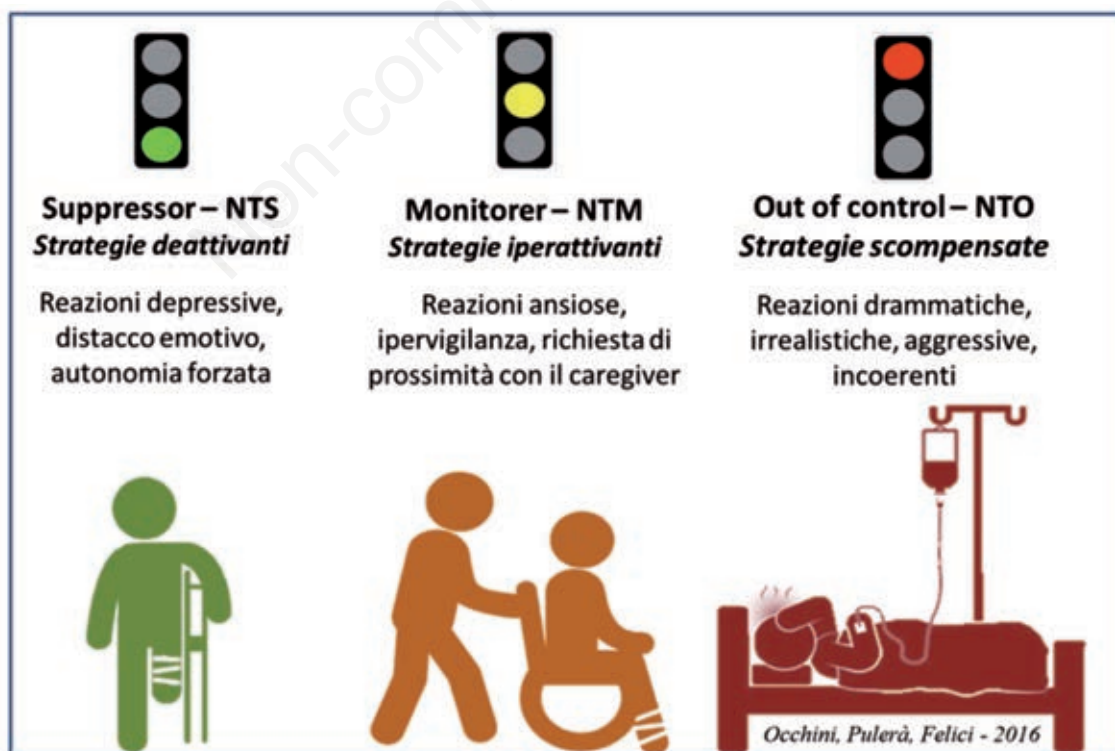


Figura 2. Modalità di reazione alla minaccia.

aggravamenti del proprio stato. In soggetti soppressor sono piuttosto comuni le recidive, gli aggravamenti e le reazioni avverse legate agli stati depressivi.³⁰ Ciò che manca, in questo caso, è la consapevolezza dello stato di bisogno. La comunicazione person-centered deve puntare, più che a fornire sicurezza, a *curare bene* la persona che rifiuta (non sempre consapevolmente) la propria malattia.

Comportamento *out of control*

In questo contesto ci piace accennare, senza peraltro trattarla estesamente, ad un'ipotetica terza tipologia di paziente il cui comportamento di malattia, probabilmente, non è legato al tipo di modello operativo interno ma ad una manifestazione psicopatologica. Lo abbiamo chiamato *out of control* (NTO) per indicare l'aspetto più eclatante del comportamento: quello in cui, apparentemente, il paziente non è in grado di controllare e di regolare i propri stati emotivi e le proprie reazioni di fronte alla malattia. La letteratura ne ha definito i contorni quando, a partire dalla fine degli anni '70, si cominciò a parlare di *Abnormal Illness Behaviours*,^{31,32} ossia un comportamento di malattia disfunzionale ed inappropriato che esce quindi dalla definizione di *norma comportamentale* e si colloca, quindi, nell'area del disagio e del disturbo mentale (reazioni fobiche specifiche legate alle pratiche

cliniche, disturbo d'ansia di malattia, disturbi somatici e/o di conversione), dei disturbi fittizi o di quelli che si manifestano in seguito a vantaggi epinosici.³³

Conclusioni

In conclusione, vorremmo trasmettere l'idea che l'acquisizione di alcune basilari competenze comunicative e relazionali, rendono ragione si una maggiore comprensione dei bisogni (anche inespressi del paziente) o facilitano la presa in carico e la compliance con quei pazienti che potremmo considerare *difficili* e che spesso pongono problemi di ordine organizzativo. Nella Figura 3, sono riportate alcuni vantaggi che è possibile rilevare nella pratica ospedaliera nel momento in cui si tenta di creare una alleanza comunicativa con il paziente, spostando il focus della pratica dalla pura pratica del disease alla cura della persona, del suo illness e della sua modalità emotiva di affrontare la malattia.

Key messages

- Si collegano gli stili di attaccamento insicuro ai differenti modelli operativi interni e ai differenti illness dei pazienti.
- I pazienti iper-attivati (*monitorer*) vengono descritti

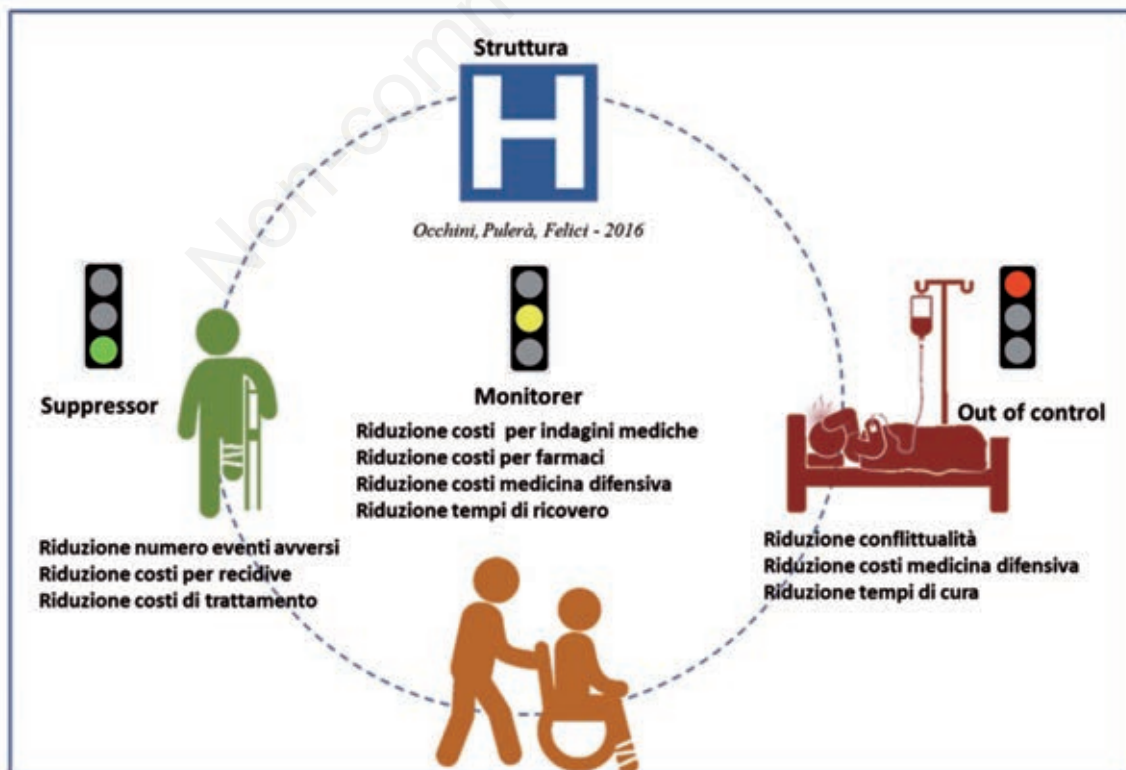


Figura 3. Comportamento di malattia e vantaggi della sua comprensione.

- come pazienti iperichiedenti, difficili e costantemente vigili. Vivono, tanto la malattia quanto le pratiche di cura, come fonte di minaccia e come fonte di ansia spesso difficilmente gestibile.
- I pazienti de-attivati (*soppressor*) vengono descritti come pazienti che sembrano indifferenti alla malattia o alla sua reale gravità. Ricercano l'autonomia evitando qualsiasi richiesta. La loro attenzione è concentrata sulla riacquisizione del controllo sulla propria vita.
 - Viene proposto solo un accenno ad una tipologia di paziente (out of control) il cui comportamento di malattia può esser fatto risalire al concetto di Abnormal Illness e che - plausibilmente - richiede un intervento psicoterapeutico e/o psichiatrico.

Bibliografia

1. Felici M, Lenti S. Gli effetti della riorganizzazione ospedaliera sulla comunicazione medico-paziente: un'analisi di cambiamento necessario. *Quaderni Ital J Med* 2015;3:523-7.
2. Perino F. L'approccio centrato sulla persona in abito sanitario. *ACP Rivista di Studi Rogersiani* 2002, disponibile su: <http://www.acp-italia.it/?act=Rivista&completo=si&id=9>
3. Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: a systematic literature review. *J Am Geriatr Soc* 2015;1-7.
4. Schiavi G. La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie. Milano: Franco Angeli; 2004.
5. Venza G, Cascio G, Amenta P, Lo Presti C. Verso un approccio psicosociale alla customer satisfaction in sanità: teorie, modelli e pratiche a confronto. *Psicol Salute* 2006;1:67-80.
6. Ragazzoni P, Tangolo D, Zotti AM. Stress occupazionale e valorizzazione delle risorse umane in azienda sanitaria: dalla valutazione al processo di cambiamento. *Giorn Ital Med Lav Ergon* 2004;26:119-26.
7. Levenstein JH. The patient-centred clinical method: a model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Practice* 1986;3:24-30.
8. Occhini L, Pulerà A, Felici F. L'illness del paziente: una Evidence Based Medicine. *Quaderni Ital J Med* 2017;5: 39-45.
9. Bozarth JD. La terapia centrata sulla persona. Un paradigma rivoluzionario. Roma: Sovera; 2001.
10. Coulter AU. After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ* 2002;324:648-51.
11. Goodwin C. Person-centered care: a definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc* 2015;1-4.
12. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. *Med Educ* 1996;30:83-99.
13. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1998.
14. Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching. *Acad Med* 2003;78:802-9.
15. Liotti G. Il ruolo dell'attaccamento nella conoscenza e nella regolazione delle emozioni. In: Bara G (a cura di). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Vol. 1 (Teoria). Torino: Bollati Boringhieri; 2005.
16. McLean P. A triune concept of the brain and behaviour. Toronto: University of Toronto Press; 1973.
17. Liotti G. Le opere della coscienza. *Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina; 2001.
18. Liotti G, Monticelli F (a cura di). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Cortina; 2008.
19. Occhini L. *La paura e i suoi inganni*. Roma: Aracne; 2016.
20. Ainsworth MDS. Attachment across life span. *Bull NY Acad Med* 1985;61:792-812.
21. Bowlby J. Caring for the young: influence on development. In: Cohen RS, Colher J, Weissman SH, eds. *Parenthood: a psychodynamic perspective*. New York: Guilford Press; 1984.
22. Bowlby J. *A secure base*. London: Routledge; 1988.
23. Maddi SR. The story of hardiness: twenty years of the rising research and practice. *Consul Psychol J* 2002; 54:173-85.
24. Maddi SR. Hardiness: an operationalization of existential courage. *J Hum Psychol* 2004;44:279-98.
25. Kobasa SC. Stressful life events personality and health. *Inquiry intro hardiness. J Person Social Psychol* 1979; 37:1-12.
26. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motiv Emot* 2003;27:77-102.
27. Caselli G. Attaccamento, attenzione e regolazione emotiva: cosa guardo di ciò che vedo? ; 30 marzo 2015. Disponibile su: www.stateofmind.it
28. Malik S, Wells A, Wittkowski A. Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: a systematic review. *J Affect Disord* 2015;172:428-44.
29. Moss AC, Erskine JAK, Albery IP, et al. To suppressor or not to suppressor? That is repression: controlling intrusive thoughts in addictive behavior. *Addict Behav* 2015;44:65-70.
30. Murphy B, Bates GW. Adult attachment style and vulnerability to depression. *Person Individ Differ* 1997; 22:835-44.
31. Pilowsky I. A general classification of abnormal illness behaviours. *Br J Med Psychol* 1978;51:131-7.
32. Pilowsky I. The concept of abnormal illness behavior. *Psychosom J* 1990;31:207-13.
33. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2014.

Il paradosso della prognosi: il dilemma della comunicazione nella prognosi in medicina interna

Ruggero Ruggeri,¹ Luigi Magnani,² Matteo Murolo,¹ Giulia Colombo,¹ Fabrizio Colombo¹

¹S.C. Medicina Interna, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Cà Granda, Milano; ²U.O.C. Medicina Interna, Ospedale di Voghera, ASST di Pavia, Voghera (PV), Italia

Introduzione

Indubbiamente ci troviamo oggi, come titola un recente editoriale di *JAMA*,¹ sul limitare dell'era della Medicina Palliativa, alla quale ci avviamo senza averne forse ben compreso la portata ed il significato più profondo.

La decisione di avviare un paziente alla palliazione è cruciale, e comporta conseguenze importantissime sulla traiettoria di malattia e sulla qualità di vita del paziente stesso e dei suoi famigliari e care giver. L'assunzione di una decisione così rilevante, che spesso va di pari passo con la decisione di sospendere le cure volte al prolungamento della sopravvivenza evitando interventi *futili*, deve forzatamente fondarsi su un'accurata valutazione prognostica, che assume ovviamente un'importanza fondamentale.

In un simile contesto appare per certi versi paradossale il fatto che oggi, come non mai negli ultimi decenni, la prognosi sembri conoscere la sua eclissi.²

La medicina ippocratica è basata sui tre pilastri della diagnosi, prognosi e terapia; ma se oggi le possibilità diagnostiche e terapeutiche appaiono in costante e vertiginosa espansione, la capacità di valutare la prognosi non sembra tenere il passo; la difficoltà che incontriamo a traslare un giudizio prognostico *on-tologico* (ad esempio una curva di sopravvivenza o una traiettoria di malattia) in un giudizio prognostico individualizzato sul singolo paziente è spesso rilevante e a volte paralizzante.

Nel libro *Nati due volte* di Giuseppe Pontiggia³ un

medico, alla richiesta di formulare una prognosi, ripete una frase sentita e pronunciata da tutti noi chissà quante volte: *non ho mica la sfera di cristallo...* Scrive l'autore: *...i pazienti e i loro parenti.. nella sfera di cristallo intravedono non l'aleatorietà di divinare il futuro ma la viltà di sottrarsi a una analisi penosa e dura, a un confronto impegnativo e doloroso. Quei medici più competenti e umani di loro che sanno affrontarlo non se ne sono mai pentiti.*

Ma davvero si tratta di viltà? Ed è vero che affrontare il giudizio prognostico non comporta pentimenti? Dobbiamo chiaramente distinguere tra l'incapacità a formulare un giudizio prognostico e, invece, la reticenza a farlo. La reticenza a volte nasconde una pietà che oggi può sembrare inattuale, ma che può essere intesa semplicemente come il tentativo, talora maldestro, di proteggere il paziente, evitando la brutale comunicazione di una prognosi infausta qualora ciò non paia psicologicamente sostenibile. Angelo Baserga insigne Ematologo, noto per i suoi importanti contributi sulle leucemie, nel suo bellissimo libro di memorie *Vita di un Medico*⁴ racconta di quando un medico siriano si presentò dal prof Jean Barnard per un consulto e l'illustre clinico parigino non se la sentì, anche se il paziente era un collega Ematologo, di formulare una chiara diagnosi e quindi comunicare una prognosi infausta, come era negli anni '50 del '900, quella che derivava da una diagnosi di leucemia mieloide acuta. Il paziente medico volle anche sentire il prof Waldestrom che, leggendo la relazione di Jean Bernard, sbottò in un *mi meraviglio che il mio collega parigino di solito così bravo non abbia capito che questi sono mieloblasti altamente maligni! Non capisco come abbia potuto equivocare.* Al che il collega rispose: *Jean Bernard non si era sbagliato; aveva voluto ingannarmi a fin di bene. La ringrazio di avermi detto la verità.* Ritornato in albergo si chiuse in camera e immediatamente si tirò un colpo di rivoltella.

L'incapacità, viceversa, a formulare la prognosi ha origini complesse e merita alcune considerazioni: prima fra tutte, l'incapacità a formulare la prognosi deriva da una eclissi della prognosi² dovuta ad una tra-

Corrispondente: Ruggero Ruggeri, S.C. Medicina Interna, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Cà Granda, Milano, Italia.
E-mail: ruggero.ruggeri@ospedaleniguarda.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright R. Ruggeri et al., 2017
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):55-60

sformazione della medicina e del modo di considerare la malattia.

C'è chi ha contato certosinamente il numero di articoli scientifici che nel corso del '900 sono stati dedicati alla prognosi: l'andamento è stato costantemente in declino. Tra il 1946 e il 1976 il 37% degli studi pubblicati trattavano di diagnosi, il 33% della terapia e solo il 4% della prognosi. Nel 1981 questo persistere del disinteresse verso la prognosi viene così sintetizzato: *nei testi medici di riferimento la prognosi è pressoché ignorata; sovente questo termine non appare neanche nell'indice.*⁴ Nel 1995 una analisi della letteratura medica e dei manuali di Medicina non mostra variazioni: la prognosi è sempre negletta, la carta stampata riflette quanto avviene nella pratica medica. Perché questa eclissi?

Key messages

- La decisione di avviare un paziente alla palliazione è cruciale, e comporta conseguenze importantissime sulla traiettoria di malattia e sulla qualità di vita del paziente stesso e dei suoi famigliari e care givers.
- L'incapacità, viceversa, a formulare la prognosi ha origini complesse.

L'eclissi della prognosi

Dapprima, dall'inizio della medicina e fino alla prima metà del 900 la storia naturale della malattia e la diagnosi contenevano già di per sé la prognosi; essa era sovrapponibile alla storia naturale della malattia, in quanto non esistevano terapie efficaci in grado di agire sulle cause o comunque di modificarne il decorso. Nel 1937 il grande medico e scrittore Lewis Thomas⁵ parlando del suo internato al Boston City Hospital osservava che *...se c'era una differenza a stare in un letto d'ospedale, era una differenza dovuta più che altro al calore, all'asilo e al cibo, all'assistenza benevola e attenta e alla capacità senza pari delle infermiere di dispensare questi tesori. Sopravvivere o meno dipendeva dall'evoluzione naturale della malattia. La medicina contava poco o nulla.* Poi, dalla seconda metà del '900, con l'avvento della medicina moderna, la prognosi ha perso interesse perché tutto è sembrato curabile e guaribile.

L'esempio della polmonite ben illustra questo cambio nel modo di considerare la malattia.² Dal 1892 al 1947 la polmonite fu una delle principali cause di morte: nel 1900 era la malattia che faceva più vittime in Europa e negli USA. Dopo la scoperta degli antibiotici negli anni '30 del '900 e la diffusione del loro uso nella pratica clinica negli anni '40 e '50 la prognosi della polmonite migliorò a tal punto che la guarigione venne data per acquisita in quasi tutti i casi e si finì con il dimenticarsi della prognosi. Da una con-

cezione *individualista* della malattia (ogni malato è un caso a sé) si è quindi passati ad una visione *ontologica* della malattia (tutte le polmoniti - o quasi - sono uguali), per cui la riserva fisiologica e gli altri fattori che determinano la risposta individuale (il *terrain* degli autori francesi) hanno perso interesse: una malattia è sempre la stessa qualunque sia l'individuo colpito. E il medico è diventato un diagnosta *a tutti i costi*, un terapeuta dal ricco arsenale, ma che ha smarrito la capacità di predire il futuro.

O forse ha smarrito sé stesso e la sua funzione?

La *marcia trionfale* della Medicina nella seconda metà del '900 ha cominciato a rallentare, modificando il proprio paradigma da *tutto si può guarire a tutto si può curare*,⁶ e tutto ciò è avvenuto in coincidenza con la crisi dei sistemi di Welfare dovuta ai costi crescenti delle spese sanitarie. I medici si sono trovati costretti, spesso loro malgrado,⁷ ad affrontare i temi del contenimento dei costi della salute nei paesi *ricchi* e del razionamento delle risorse, e ad accettare, spesso anche qui con insofferenza,⁸ linee guida ed Evidence based medicine, ma senza riuscire a vincere dentro sé stessi la sostanziale perdita di senso del proprio operare che oggi possiamo riassumere in un termine e in un concetto come quello di *Futility*. Se per futile è da intendersi un trattamento che non modifica la condizione del paziente e la sua prognosi, quante volte ogni giorno ci interroghiamo se quello che facciamo è futile!

E basta andare su qualunque motore di ricerca e digitare *futility* per vedere la messe quasi sterminata di lavori sull'argomento. Ma per distinguere ciò che è futile da ciò che non lo è bisogna ritornare al giudizio prognostico.

Nel nostro lavoro quotidiano sembra che la difficoltà nel pronosticare interessi forse in misura maggiore i nostri colleghi specialisti d'organo e probabilmente per due ordini di motivi che entrano in gioco: i) l'incapacità di una visione olistica, per cui la cura viene protratta anche quando altre disfunzioni d'organo (pre-esistenti o di nuova comparsa) hanno determinato una drammatica riduzione della riserva fisiologica del paziente e quando è stato superato il limite di sopportazione per il disagio arrecato dalle cure; ii) un eccesso di identificazione psicologica fra medico e malato:⁹ dopo un lungo trascorso di cure il medico può finire con l'assumere il punto di vista del paziente stesso o di un suo congiunto, rendendosi partecipe in modo acritico della rimozione del limite della vita e del limite delle cure.

Ma gli Internisti, che hanno sempre rivendicato la capacità di visione d'assieme del loro paziente, e che più raramente incorrono nel processo di fusione se non altro perché molto spesso il loro ruolo è in gran parte focalizzato sulla diagnosi, perché anche gli Internisti sono in difficoltà nel giudizio prognostico?

Sempre più spesso su autorevoli riviste mediche compaiono lavori che tentano di rispondere alle domande che ci assillano nella pratica medica quotidiana, proposte e affrontate con un approccio rigoroso e meno narrativo; ad esempio cosa rispondiamo ad una paziente di 84 anni che ci chiede se deve fare uno screening del tumore del colon?¹⁰ Qual è l'aspettativa di vita di un paziente *fragile*, anzi del mio paziente *fragile*? E del mio paziente con malattia d'organo terminale?¹¹⁻¹³

Il problema del giudizio prognostico individualizzato non sembra di facile soluzione: manca una formazione, un medical training,¹⁴ non ci sono sufficienti evidenze di letteratura; sono disponibili numerosi scores clinici prognostici, da piuttosto semplici ad estremamente complessi, tutti però non pensati per valutare la prognosi a medio termine del paziente polipatologico

complesso (il tipico paziente della Medicina Interna) e quindi poco utili nella pratica clinica.¹⁵

Diversi studi mostrano che quando si tenta di predire la sopravvivenza le stime dei medici sono spesso inaccurate ed eccessivamente ottimistiche (solo un 20% di accuratezza prognostica contro un 63% di sovrastima ottimistica),¹⁴ senza differenze di performance tra i diversi specialisti. Come atteso l'esperienza del medico conta, e si dimostrano più bravi i medici con maggiore esperienza: ma più intensa è la relazione tra medico e paziente e meno accurata si dimostra la capacità di stabilire una prognosi corretta.¹⁵

La stima diviene più accurata se si utilizzano strumenti ponderosi (ad es. APACHE 2); ma acquistando in precisione e accuratezza si perde in facilità d'uso e praticità.^{16,17}

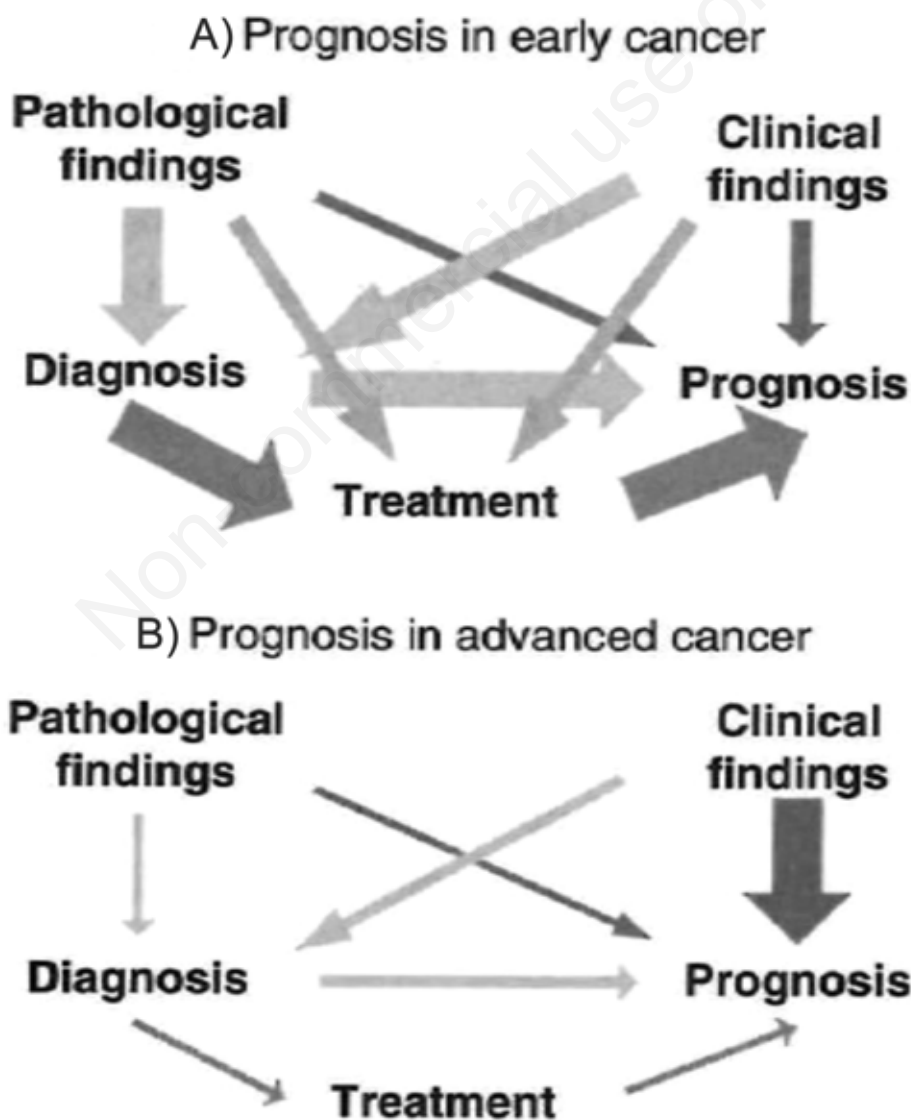


Figura 1. Prognosi nel tumore A) primario; B) avanzato.

Nuovi studi e nuovi approcci sono stati messi a nostra disposizione. Sicuramente interessanti sono i modelli delle cosiddette traiettorie di malattie^{12,13} che soprattutto in campo oncologico e nella patologia d'organo end stage danno al medico un'idea abbastanza accurata della possibile durata di vita anche se, nel campo della fragilità, tale modello applicato nella pratica medica quotidiana non è ancora così utile e accurato.

Ma anche disponendo di curve di sopravvivenza e di modelli di traiettorie di malattie il problema fondamentale per il clinico rimane quello di individualizzare la prognosi.

Se osserviamo questi modelli grafici di malattia¹⁸ ci rendiamo conto che nel paziente oncologico giunto al IV stadio avanzato della malattia la prognosi diventa indipendente dalla natura della neoplasia o dai dati strumentali, ma viene invece determinata in modo predominante dallo stato clinico complessivo, sia esso stimato mediante scores clinici o solo sulla base del giudizio del medico (Figura 1). È significativamente differente la prognosi di un tumore avanzato in IV stadio ma mai sottoposto a trattamento anti-tumorale rispetto a quella di un tumore avanzato già chemio/radio trattato. Nel primo caso la prognosi è molto correlata al tumore e non solo al tipo, grado e stadio ma anche alla citogenetica e ai marcatori molecolari. Invece nei pazienti con neoplasia molto avanzata già chemio e/o radiotrattata i fattori tumore correlati diventano meno importanti, soprattutto quando il paziente entra nella final common pathway tipica della cancer death trajectory: anoressia, perdita di peso, mancanza di respiro e decadimento del Performance Status. In questi casi co-morbidità e fattori sociali giocano sicuramente un ruolo importante. Quindi il medico di fronte ad un paziente oncologico IV stadio pluri-trattato non dovrebbe delegare a indagini strumentali il proprio giudizio prognostico, non dovrebbe avere bisogno di scores clinici e, se conosce bene il paziente, non dovrebbe avere necessità di ulteriori consulti; solo con l'esame clinico potrebbe formulare una corretta prognosi e avviare il paziente alle cure palliative invece che rinviarlo dall'Oncologo per un nuovo tentativo chemioterapico (quanti pazienti muoiono ancora nelle nostre corsie dopo essere stati sottoposti a trattamento chemioterapico nel loro ultimo mese di vita!).

Ma se, sia nel paziente oncologico o di quello con una insufficienza d'organo terminale o nel paziente *fragile*, anziché proporci di stimare con precisione e accuratezza una sopravvivenza, quando non disponiamo di terapie in grado di modificarne la prognosi, ci ponessimo il problema di come migliorarne le condizioni cliniche evitando interventi futili e ci ponessimo questa semplice ma anche impegnativa domanda: *saremmo noi stupiti se questo*

nostro paziente morisse entro un anno?: ecco che il nostro modo di lavorare potrebbe cambiare profondamente.

Da questo tipo di considerazioni sono nati da alcuni anni, soprattutto nel mondo anglosassone, dei nuovi strumenti di lavoro e dei nuovi modelli organizzativi delle cure primarie. Un esempio tra tutti la *surprise question* su citata (*saresti sorpreso se...*), con cui il general practitioner inglese decide se avviare il paziente alle cure palliative.¹³ L'utilizzo della *surprise question* anche in ambito ospedaliero dovrebbe sempre più accompagnarci nel nostro lavoro quotidiano in corsia e dovrebbe essere la domanda che, oltre che a noi stessi, dovremmo porre anche al nostro consulente *specialista d'organo* quando questi ci sembrerà aver perso di vista la persona malata nel suo complesso, o quando non ci sentissimo di concordare con il posizionamento di una PEG in una demenza grave avanzata o con l'ennesima linea di chemioterapia in un paziente che a noi sembri solo meritevole di conforto, di sollievo e di ascolto nei suoi bisogni reali e nella sua angoscia.

Un'ultima considerazione è necessaria sull'incertezza prognostica che sembra angosciare il medico più dell'incertezza diagnostica o di quella terapeutica.

L'incertezza prognostica fa parte dell'incertezza in cui operiamo,¹⁹ ed è una non confortevole realtà della cura di malattie minacciose per la vita. Qualcuno ha definito la ricerca della certezza prognostica come una puntigliosa quantificazione di ciò che non ha materia: pronosticare, cioè, di per sé vuol dire incertezza (la sfera di cristallo!).

I pazienti critici spesso presentano problemi acuti che acutamente evolvono. Molti pazienti hanno malattie per le quali esistono pochi dati validi di outcome. Di fronte all'incertezza prognostica molti medici pensano che sia bene astenersi da discutere la prognosi.

Poco si conosce sulla prospettiva del paziente e sul suo modo di vedere l'incertezza prognostica: in alcuni studi l'incertezza viene valutata positivamente come fonte di possibile speranza, mentre in altri viene vista come fonte di ansia.²⁰ In pochi studi si tiene conto della differenza tra un giudizio prognostico basato sull'esperienza clinica individuale degli operatori rispetto a quello basato su score prognostici. Inoltre poco si conosce sulla relazione medico/paziente in clima di incertezza;¹⁹ e se *estimating how long people have to live is hard, talking to them about it is harder*.¹⁸

Ci possiamo aiutare cercando di comprendere ciò che conta per il nostro paziente e per i suoi famigliari: qualità della vita o durata della stessa?

Possiamo poi cercare nel dialogo con pazienti e famigliari/care giver¹⁹ di: i) ammettere l'incertezza a dispetto della tecnologia straripante, ammettendo i nostri

limiti; ii) far emergere nel dialogo con i pazienti e i loro familiari l'emotività connessa all'incertezza; iii) portare l'attenzione del paziente e dei familiari al qui e ora, cercando di far comprendere come possa essere intenso vivere il giorno e l'attimo e come possa la ricerca della certezza sul futuro farci perdere quello che abbiamo e che potremmo perdere.²¹

Eppure, al di là della zona grigia in cui ancora si situano molti dei nostri sforzi di individualizzare la prognosi (soprattutto nel paziente fragile), vi è qualcosa di più profondo che ci inibisce nel formulare un giudizio prognostico e in particolare nel comunicare una prognosi infausta.

Le ragioni di questa difficoltà si possono spiegare meglio ricorrendo ai miti, ampliando i nostri strumenti di indagine per individuare non le ragioni dell'eclissi della prognosi, ma le ragioni di una rimozione, o almeno del desiderio di rimuovere la prognosi, la NO-STR prognosi.

Key messages

- Attraverso la *surprise question* (*saresti sorpreso se...*), il general practitioner inglese decide se avviare il paziente alle cure palliative potrebbe cambiare il modo di lavorare del medico.
- Nonostante si dispongano di curve di sopravvivenza e di modelli di traiettorie di malattie il problema fondamentale per il clinico rimane quello di individualizzare la prognosi.
- L'incertezza prognostica fa parte dell'incertezza in cui il medico opera, ed è una non confortevole realtà della cura di malattie minacciose per la vita.

Conclusioni

Il mito che domina la medicina dalla seconda metà del '900 è quello di Prometeo: basti pensare ai trapianti, alla cosiddetta Medicina Rigenerativa. Prometeo ruba il fuoco agli dei per darlo agli uomini, originando la incontrollabile crescita della technè; Prometeo secondo Eschilo dona agli uomini la capacità di vivere inconsapevoli dell'ora della propria fine.²² Curioso destino: Prometeo è colui che vede prima, a differenza di suo fratello Epimeteo, che è colui che vede dopo e che impara solo dall'esperienza; eppure Prometeo, nel togliere all'uomo la possibilità di vedere la propria morte, gli ha tolto anche la forza morale di predirla oltre a se stesso anche agli altri uomini. E lo sviluppo della technè rinforza questa debolezza, questa perdita di lucidità.

Prometeo non sfida Zeus per una atto di *hybris*, ma per amore dell'umanità: tuttavia la rimozione della morte che opera nell'animo umano fa sì che inevitabilmente l'uomo viva come immortale e cerchi attraverso la technè di conquistare l'immortalità.²²

Nel poema sacro induista Mahabharata c'è una domanda che mette in luce questa nostra tendenza: cosa nell'universo è più degno di meraviglia? E la risposta è: non vi è uomo che, pur vedendo morire gli altri intorno a se, creda di andare incontro allo stesso destino.²³ Più o meno le stesse parole che userà S. Freud nel 1915: ogni uomo è inconsciamente convinto della propria immortalità.²⁴

Forse in queste illusorie ma consolatorie certezze sono contenute le ragioni profonde e inconsce sia dell'eclissi della prognosi che della sua rimozione.

Bibliografia

1. Schenker Y, Arnold R. The next era of palliative care. JAMA 2015;314:1565-6.
2. Christakis N. Sous la direction de dominique lecourt. Dictionnaire de la pensée médicale. Paris : PUF; 2000.
3. Pontiggia G. Nati due volte. 1st ed. Milano: Mondadori; 2004.
4. Baserga A. Vita di un medico. Pavia: ed. Tipografia Viscontea; 1995. p 75.
5. Gawande A. Di fronte alla morte. Milano: ed. Einaudi; 2016.
6. Bonadonna G. La medicina eterna. Milano: ed. Rizzoli; 1993.
7. Against the culture of contentment. Lancet 2003;21:9.
8. Evidence based medicine: perpetuating other people's mistakes instead own. A sceptic's medical dictionary. BMJ 1997;315:1387.
9. Schneider P. Psicologia medica. Milano: ed. Feltrinelli; 1982. p 180.
10. Smith AK, Brie A, Bernard L, et al. Discussing overall prognosis with the very elderly. N Engl J Med 2011;365:8.
11. Puhan MA, Garcia-Aymerich J, Frey M, et al. Expansion of the prognostic assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease: the updated bode index and the ado index. Lancet 2009;374:704-11.
12. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, et al. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 2003;289:2387-423.
13. Shipman C, Gysels M, White P, et al. National gold standards framework centre in end of life care. BMJ 2008;337:1720.
14. Glare P, Virik K, Jones M et al. A systematic review of physician's survival predictions in terminally ill cancer patients. BMJ 2003;327:195.
15. Christakis A, Lamont NB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. BMJ 2000;19:2.
16. Knaus WA. The support prognostic model. Ann Intern Med 1995;122:191-203.
17. Gwilliam B, Keeley V, Todd C, et al. Development of prognosi in palliative care study predictor models to improve prognostication in advanced cancer: prospective cohort study. BMJ 2011;343:10-1.
18. Glare P, Christakis N. Prognosis in advanced cancer Oxford: ed. Oxford University Press; 2008. pp 14-33.

19. Smith AK, White DB, Arnold RM. Uncertainty the other side of prognosis. *N Engl J Med* 2013;386:26.
20. Evans LR, Boyd EA, Malvar G, et al. Surrogate decision makers perspectives on discussing prognosis in the face of uncertainty. *Am J Resp Crit Care* 2008;178:48-53.
21. Suzuki S. *Mente zen mente di principiante*. Roma: Astrolabio editore; 1977. p 37.
22. Gadamer H. *Dove si nasconde la salute*. Milano: ed. Raffaello Cortina; 1994.
23. Ostaseski F. *Saper accompagnare. Aiutare gli altri e se stessi ad affrontare la morte*. Milano: ed. Mondadori; 2006. p 4.
24. Freud S. *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte*. Roma: ed. Newton Compton; 2013.

Non-commercial use only

Il terzo incomodo, ovvero, come la tecnologia informatica ha influenzato la relazioni medico-paziente

Stefano De Carli,¹ Massimo Rondana,² Valentino Moretti³

¹S.O.C. 2° Medicina Interna, P.O.U. S. Maria della Misericordia, ASUI Udine; ²S.C. Medicina, P.O. di Spilimbergo, ASS no. 5 Friuli Occidentale; ³S.O.C. Medicina Interna, P.O. S. Antonio di S. Daniele del Friuli, ASS no. 3 Alto Friuli-Friuli Collinare-Alto Friuli, Italia

Introduzione

Il cambiamento del rapporto medico-paziente che si è osservato negli ultimi decenni è stato ulteriormente complicato dall'avvento delle tecnologie che rischiano di compromettere i rapporti comunicativi e fiduciari. Nonostante le apparenze i pazienti ritengono positivo l'avvento dei supporti informatici in sanità, poiché li reputano uno strumento utile a favorire i processi di cura. Si rileva, al contrario, una diffidenza del medico che trova difficoltà a gestire la burocratizzazione di un'informatizzazione spesso imperfetta. Il medico che abbia poca confidenza con l'uso del computer risulta essere meno efficace dal punto di vista comunicativo, poiché la sua attenzione è concentrata sul monitor e sulla tastiera a scapito del contatto visivo col paziente. Al contrario il medico che ha maggiori competenze informatiche e condivide quanto compare sullo schermo con il paziente riesce a rendere più efficace la propria comunicazione. È necessario che gli spazi ambulatoriali e le corsie degli ospedali prevedano la presenza del computer e siano pertanto progettati per migliorare l'interazione fra medico e paziente. D'altra parte è pure fondamentale che il medico non solo apprenda competenze comunicative, purtroppo trascurate dai percorsi accademici e di formazione professionale, ma anche migliori quelle informatiche.

Corrispondente: Stefano De Carli, S.O.C. 2° Medicina Interna, P.O.U. S. Maria della Misericordia, ASUI Udine, Italia.
Tel.: +39.0432552602.
E-mail: stefano.decarli@asuiud.sanita.fvg.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright S. De Carli et al., 2017
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):61-64

L'importanza della comunicazione non verbale in medicina

Una comunicazione efficace è fondamentale per la costruzione di relazioni medico-paziente che comportano empatia, rispetto reciproco e non ultimo condivisione delle scelte di cura. Il rapporto medico-paziente un tempo di tipo paternalistico, a partire dalla metà del secolo scorso si è progressivamente modificato con quest'ultimo che vuole essere più coinvolto nel percorso di cura. La comunicazione è multiforme e multidimensionale e permette al medico di comprendere quale sia l'effetto della patologia su quello specifico paziente. Fornisce elementi utili alla diagnosi e a formulare una prognosi, ma è pure una modalità per educare i pazienti circa le cure proposte e migliorare l'aderenza terapeutica. La pratica della medicina è difatti molto più di una serie di test e applicazione di linee guida; essa nella dimensione umanistica che la contraddistingue dalle restanti branche scientifiche, comprende l'arte dell'interazione umana. Un paziente con scompenso cardiaco differisce da un altro. La percezione della dispnea NYHA è difatti individuale, perché la componente soggettiva e di vissuto della malattia risultano impattare sulla clinica al di là di misure oggettive come la frazione di eiezione. Molte delle scale utilizzate in medicina, validate e largamente impiegate tanto nella clinica quanto in studi scientifici si basano unicamente su elementi percettivi del paziente; ex. quelle visive del dolore, quella di Bohr per la dispnea, ecc. Anche l'effetto placebo ha tra le sue componenti essenziali il rapporto di comunicazione verbale, ma soprattutto non verbale tra medico e paziente. Il razionale degli studi in doppio cieco è proprio quello di eliminare anche l'influenza non verbale del medico sul paziente quando questi sappia se il paziente appartenga o meno al braccio di intervento. Il comportamento non verbale è definito come una comunicazione senza contenuto linguistico¹ e riconosce numerose componenti gestuali: i) visive quali il tempo di fissazione dello sguardo dell'ascoltatore, il gesto di annuire e i movimenti del capo in generale,

l'espressione facciale, la postura; ii) non visive legate principalmente al tono della voce e dai tempi del dialogo. Entrambe sembrano trovare maggiore rilievo quando il paziente è anziano, quando il contenuto del discorso è ambiguo e nel dialogo di persona, rispetto alla comunicazione telefonica, essendo quindi la percezione visiva prevalente. Quando gli aspetti verbali e non verbali sono in contraddizione, sono questi ultimi a prevalere sul comportamento, pertanto l'abilità di comunicare in modo efficace è fondamentale per portare i benefici della medicina, perché un paziente coinvolto e consapevole non solo contribuisce all'efficacia dei processi di diagnosi e di cura, ma realizza anche la soddisfazione professionale.^{2,3}

Key messages

- Il comportamento non verbale è definito come una comunicazione senza contenuto linguistico e riconosce numerose componenti gestuali.
- Sembrano trovare maggiore rilievo quando il paziente è anziano.
- Quando gli aspetti verbali e non verbali sono in contraddizione, sono questi ultimi a prevalere sul comportamento.

L'impatto della tecnologia nel rapporto medico-paziente

A influire negativamente il dialogo tra medico e paziente sono la razionalizzazione del tempo che ha portato a visite sempre più brevi, gli spazi ambulatoriali, ristretti e inadatti, corsie ospedaliere impersonali e che compromettono la privacy. A questo di aggiunge la progressiva medicalizzazione che ha portato a far perdere il potere taumaturgico del rapporto medico-paziente che era prevalente quando le possibilità di cura erano di gran lunga inferiori. La moderna pratica medica sempre più scientifica e sempre meno umanistica ha trascurato anche nel processo di formazione professionale gli aspetti comunicativi e di relazione. Negli ultimi anni si è aggiunto l'impatto delle nuove tecnologie in sanità. L'impiego del computer si sta diffondendo nel sistema sanitario tanto nelle attività ambulatoriali quanto nelle corsie degli ospedali migliorando le possibilità di diagnosi e di trattamento. Anche l'avvento della telemedicina permette di seguire il paziente cronico favorendo l'accessibilità delle cure, ma porta con sé il rischio di una perdita di contatto tra medico e paziente.⁴ Tuttavia, differentemente da quanto si possa pensare, la tecnologia in sanità non sembra essere vista con diffidenza da parte dei pazienti. Una recente indagine apparsa su Medscape⁵ evidenzia come su un campione di 847 medici e 1103 pazienti, l'opinione di un impatto favorevole delle tecnologie in sanità è maggiore tra i pazienti, 61%, ri-

spetto ai medici, 49%. Analogamente la percezione di efficienza derivante dall'impiego della tecnologia è positivo nell'80% dei pazienti, rispetto al 54% dei medici. E' pure interessante come alla domanda se i pazienti preferiscano essere contattati direttamente dal curante rispetto alla telemedicina, l'81% dei medici intervistati reputava che il malato preferisce il contatto tradizionale personale, quando solo il 68% di questi prediligeva l'interazione diretta. Questa maggiore diffidenza del clinico nei confronti dell'evoluzione informatica sembrerebbe essere legato alla progressiva burocratizzazione tecnologica che toglie tempo per relazionarsi con il paziente.

Impiego del computer e rapporto medico-paziente

I principali obiettivi comunicativi della visita medica sono: i) l'acquisizione di elementi clinici da parte del medico; ii) fornire informazioni al paziente che non si limitano alla risposta al quesito clinico potendosi estendersi all'educazione; iii) costruire un rapporto interpersonale fra medico e paziente; iv) creare un'alleanza terapeutica con condivisione del processo di cura. Abitualmente i rapporti di dialogo fra persone sono diatici, ovvero fra due soggetti e il contatto visivo costituisce l'elemento più importante. La presenza del supporto informatico in corso di visita lo trasforma in triatico, rendendo difficoltosa l'interazione. Il medico infatti può essere distratto dai dati presenti sul monitor, ma anche digitando sulla tastiera. Uno strumento utilizzato in ricerca per analizzare l'interazione fra medico e paziente è il RIAS (*Roter Interaction Analysis System*). Si tratta di una metodologia validata e ampiamente utilizzata che permette di caratterizzare la comunicazione in modo informatizzata la comunicazione risultante dall'interazione tra operatori sanitari e pazienti. Si identificano frasi, parti di frasi o di singole parole a cui sono assegnati dei codici suddivisi in due categorie: i) affettiva e sociale, relativa all'espressione di preoccupazioni, di approvazione/disapprovazione, l'empatia, ecc.; ii) strumentale, che include codici relativi alla comunicazione e verifica delle informazioni cliniche e terapeutiche, tra le altre, sotto forma di domande, parafrasi e affermazioni.

Le categorie RIAS sono adatte a tutte le fasi della visita medica, dai saluti iniziali, alla raccolta di informazioni, così come quella di prescrizione e di informazione ed educazione del paziente. È stato utilizzato negli Stati Uniti e in Europa in molteplici contesti e discipline mediche; in studi osservazionali e sperimentali, nonché in ambito pedagogico e ambiti educativi. Sulla base di questa metodologia, è stato possibile caratterizzare la comunicazione nelle aree mediche, che vanno dalle cure primarie, alla, ginecologia, l'oncologia, la chirurgia, la pediatria e l'odontoiatria. Permette

inoltre di valutare i risultati degli interventi educativi sui medici e sui pazienti. Uno studio⁶ ha evidenziato come il medico passi il fino al 55% del tempo della visita a fissare il computer e questo tempo era inversamente proporzionale al tempo che dedicava alle domande inerenti le problematiche psicosociali e la capacità di relazionarsi emotivamente con il paziente. Ciò è maggiormente vero quando sia scarsa la confidenza con i sistemi informatici. Uno studio del 2005⁷ condotto negli ambulatori su pazienti esterni, aveva evidenziato tre competenze comportamentali che influivano sulla comunicazione medico/paziente: organizzative, verbali e non verbali, e informatiche derivante dall'impiego dei computer negli ambulatori. In particolare le competenze informatiche del medico incidevano sensibilmente sia in senso positivo, che negativo. Difatti il medico con dimestichezza con il supporto informatico, i data base e i software appariva meno distratto nel relazionarsi con il paziente e riusciva a renderlo maggiormente partecipe, sfruttando le potenzialità dell'informatizzazione in sanità. In particolare nell'ambito della medicina interna, il gruppo di Ratanawongsa, uno dei massimi esperti dell'argomento, ha recentemente pubblicato un lavoro sull'associazione tra l'impiego del computer da parte dei clinici e la comunicazione con pazienti affetti da patologie croniche.⁸ Sono stati coinvolti 39 medici e 47 pazienti con malattie croniche, valutando gli incontri in un periodo di 24 mesi. La valutazione dell'impiego del computer da parte del medico era dedotto da quanto digitavano sulla tastiera, sull'impiego del mouse, dal contatto visivo (essendo quello più prolungato un indicatore indiretto di minor impiego). L'ammontare del tempo impiegato al computer era quindi diviso in tre gruppi, elevato, medio, basso. Gli autori dello studio hanno quindi utilizzato il RIAS per determinare il grado di interazione tra medico e paziente. La valutazione includeva i comportamenti con effetto positivo, negativo, emotivo e sociale. Al termine dello studio sono stati registrati 71 incontri. I pazienti percepivano una miglior cura da parte dei clinici che utilizzavano meno il computer. I pazienti in oltre rilevavano come questi ultimi ponessero maggior attenzione a creare un clima più amichevole con frasi che aiutavano la socializzazione, mentre i clinici maggiormente impegnati al monitor tendevano a esprimere disappunto per la mancata aderenza alle indicazioni cliniche. L'impiego del computer da parte dei medici si associava a minore soddisfazione e a una differente modalità di comunicazione osservata dal paziente. Il computer rischia di costituire una barriera alla costruzione del rapporto medico/paziente. La possibilità di accedere a data-base informatizzati, da un lato semplifica il processo di cura, ma dall'altro può essere fonte di dissidi, poiché può far emergere la mancata aderenza del paziente alle terapie o frainten-

dimenti. Una recentissima revisione sistematica della letteratura⁹ ha individuato su un totale di 7016 articoli pubblicati, selezionandone 53 che presentavano caratteristiche di eleggibilità. Di questi, 28 misuravano il comportamento della comunicazione utilizzando registrazioni video o osservando direttamente i colloqui, i restanti si basavano su rilevazioni delle percezioni dei pazienti derivanti da interviste. Solo 9 studi valutavano l'impatto dell'introduzione della tecnologia nel rapporto fra medico e paziente. In questi ultimi si osservava un grado di soddisfazione maggiore dopo l'implementazione informatica. In particolare in uno di questi il livello di soddisfazione del paziente era maggiore quando il medico utilizzava il tablet per condividere con il paziente le immagini radiografiche al fine di ottenere decisioni condivise con il paziente. I risultati della revisione sistematica confermavano che spesso i timori della spersonalizzazione delle cure legata alla tecnologia sono maggiori da parte del medico rispetto al paziente. Nella gran parte dei lavori infatti emergeva che l'informatizzazione aveva un impatto neutro sul paziente. La review presentava numerosi limiti legati all'eterogeneità delle caratteristiche degli studi, il fatto che solo 19 erano quelli recenti, dopo il 2011, e quindi con un grado di informatizzazione sovrapponibile a quello attuale; erano quasi tutti studi anglosassoni e la gran parte eseguiti in contesti ambulatoriali e di strutture accademiche. Altro elemento importante era l'assenza di stratificazione dei pazienti per sesso e livello culturale.

Key messages

- I pazienti preferiscano essere contattati direttamente dal curante rispetto alla telemedicina.
- Il computer rischia di costituire una barriera alla costruzione del rapporto medico/paziente.
- La possibilità di accedere a data-base informatizzati, da un lato semplifica il processo di cura, ma dall'altro può essere fonte di dissidi, poiché può far emergere la mancata aderenza del paziente alle terapie o fraintendimenti.

Necessità di un nuovo approccio culturale

Quello che sembra emergere è la necessità di un nuovo approccio nei rapporti tra il paziente e il curante. Pamela Duke *et al.*¹⁰ hanno proposto alcune strategie di comportamento che il medico dovrebbe attuare durante tutta la visita per un impiego ottimale del computer e migliorare l'empatia col paziente. Si pone l'accento in particolare sulla necessità del medico di imparare ad avere maggior confidenza con l'uso della tastiera in modo da ridurre al minimo la distrazione visiva correlata alla digitazione; di porre lo schermo in modo che il paziente veda il contenuto

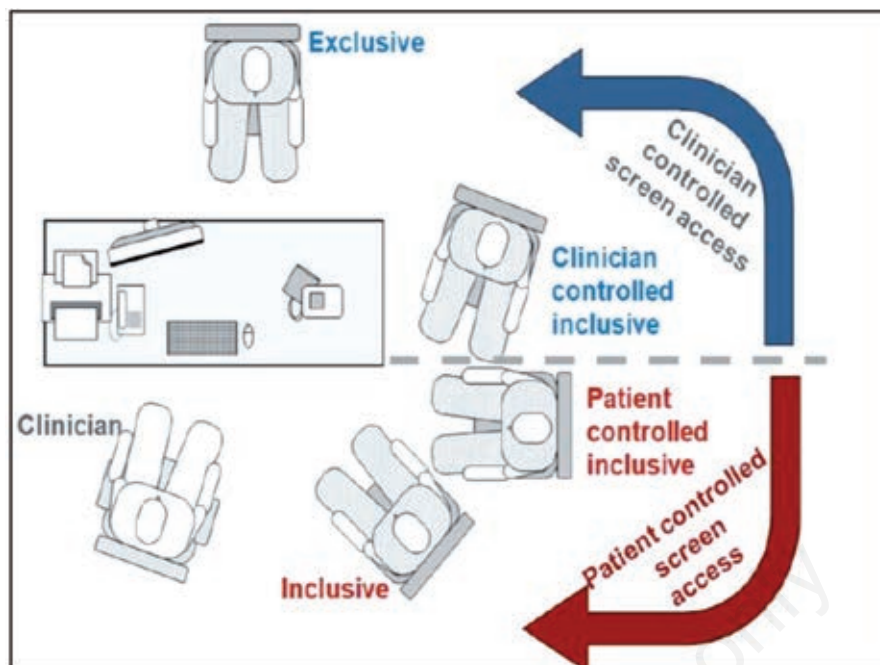


Figura 1. Arredi e spazi che influenzano la relazione medico-paziente. Riprodotta da de Lusignan et al., 2011.¹¹

del monitor, spiegandogli quanto si sta facendo e scusandosi se si interrompe la conversazione per consultarne i dati. Anche una migliore disposizione spaziale degli ambulatori⁷ sembra essere fondamentale. Il posizionamento del computer fra medico e paziente in modo che questi non possa vedere lo schermo del monitor costituisce un ostacolo comunicativo notevole (Figura 1).¹¹ La posizione ideale sembra essere infatti quella in cui medico e paziente sono posti in modo mantenere il contatto visivo e nel contempo condividere il monitor. Sarebbe pertanto importante che gli spazi ambulatoriali fossero progettati secondo una concezione moderna che consideri la presenza dei computer e nel contempo si preveda una formazione idonea del personale medico, fin dal percorso universitario affinché acquisisca una maggiore dimestichezza nell'uso del computer e della dattilografia, capacità di condivisione dei dati informatici, oltre che migliorare le competenze di comunicazione, necessarie per rendere il terzo incomodo un alleato nei processi di cura.¹¹

Bibliografia

- Knapp ML, Hall JA. Nonverbal communication in human interaction. 5th ed. Fort Worth: Harcourt Brace; 2002.
- Teresi JA, Ramirez M, Ocepek-Welikson K, Cook MA. The development and psychometric analyses of ADEPT: an instrument for assessing the interactions between doctors and their elderly patients. *Ann Behav Med* 2005; 30:225-42.
- Exline RV, Fehr BJ. The assessment of gaze and mutual gaze. In: Scherer KR, Ekman P, eds. *Handbook of methods in nonverbal behavior research*. Cambridge: Cambridge University Press; 1982. pp 91-135.
- Kahn JM. Virtual visits - confronting the challenges of telemedicine. *N Engl J Med* 2015;372:1684-5.
- Miller G. Physician and patient attitudes toward technology in medicine. *Medscape*; September 28, 2016. Available from: http://www.medscape.com/features/slideshow/public/technology-in-medicine?src=ban_techinmed_mbl_mscpmrk_728x90#page=1
- Margalit RS, Roter D, Dunevant MA, Larson S, Reis S. Electronic medical record use and physician-patient communication: an observational study of Israeli primary care encounters. *Patient Educ Counsel* 2006;61:134-4.
- Frankel R. Effects of exam-room computing on clinician-patient communication a longitudinal qualitative study. *J Gen Intern Med* 2005;20:677-82.
- Ratanawongsa N. Association between clinician computer use and communication with patients in safety-net clinics. *JAMA Intern Med* 2016;176:125-8.
- Alkureishi MA, Lee WW, Lyons M, et al. Impact of electronic medical record use on the patient-doctor relationship and communication: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2016;31:548-6.
- Duke P, Frankel RM, Reis S. How to integrate the electronic health record and patient-centered communication into the medical visit: a skills-based approach. *Teach Learn Med* 2013;25:358-65.
- de Lusignan S, Pearce C, Kumarapeli P, et al. Reporting observational studies of the use of information technology in the clinical consultation a position statement from the IMIA Primary Health Care Informatics Working Group (IMIA PCI WG). *Yearb Med Inform* 2011;6:39-47.

La comunicazione efficace come strumento per aumentare l'aderenza alla terapia ovvero l'*alleanza terapeutica*

Andrea Galanti,¹ Luis Severino Martin Martin,² Marco Semprini,¹ David Terracina³

¹U.O.C. di Medicina, Ospedale S. Giovanni Evangelista, Tivoli, ASL Roma5; ²U.O.C. di Medicina, Ospedale Regina Apostolorum, ASL Roma6; ³U.O.C. di Medicina, Ospedale S. Eugenio, ASL Roma2, Roma, Italia

Introduzione

Circa un ventennio fa l'OMS lanciò alle autorità sanitarie e alla comunità medica l'allarme riguardo le ricadute cliniche ed economiche della scarsa aderenza da parte dei pazienti ai trattamenti farmacologici, suggerendo la necessità di agire attraverso progetti e interventi efficaci.^{1,2} È ovvio che il corretto uso dei farmaci è fondamentale per l'efficacia terapeutica ma è parimenti importante da un punto di vista economico per ottimizzare le risorse, ridurre le ospedalizzazioni e la progressione delle malattie.

Tuttavia i dati riferiti all'Italia negli ultimi anni mostrano che il miglioramento, in termini di soggetti adeguatamente trattati, è trascurabile; recenti studi hanno evidenziato un numero elevato di pazienti sottotrattati e una bassa aderenza al trattamento.² Questo avviene anche per le popolazioni di pazienti che sono a maggior rischio come nei soggetti affetti da comorbidità in cui si moltiplica il rischio cardiovascolare.

La non aderenza alle terapie farmacologiche è stata sottovalutata per molti anni, anche per la convinzione che i pazienti assumessero le terapie prescritte in quanto desiderosi di guarire. Solo recentemente i medici hanno cominciato a prendere in considerazione questo aspetto nella loro pratica clinica, prendendo coscienza della mancata aderenza anche in gravi malattie croniche e valutando le difficoltà dei pazienti nell'assumere un farmaco o più farmaci per un lungo periodo di tempo. In Letteratura esistono numerosi articoli scientifici che mostrano come l'effettiva percentuale di pazienti *aderenti* alle nostre terapie sia pericolosa-

mente bassa. Una rassegna del 2004 che ha analizzato circa 700 studi inerenti la mancata aderenza terapeutica, ha evidenziato che 1 paziente su 4 non segue le indicazioni del proprio curante.¹ L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che il tasso di aderenza alle terapie prescritte dei pazienti affetti da patologie croniche si attesti intorno al 50% per i Paesi sviluppati e che scenda vertiginosamente nei Paesi in via di sviluppo.²

In generale, l'effettiva assunzione delle terapie, correttamente prescritte dai medici, ha ricevuto una scarsa attenzione da parte della comunità sanitaria che ha sicuramente sottovalutato il fenomeno. In primo luogo, le reali dimensioni del problema non sono note con esattezza e la scarsità di misure chiaramente efficaci nel contrastarlo contribuisce a renderlo un *rumore di fondo* che sembra non interessare le organizzazioni socio-sanitarie ed i professionisti della Sanità. Inoltre, la classe medica ha maturato l'idea che la mancata aderenza sia un'esclusiva responsabilità del paziente.³

Essa in realtà costituisce un aspetto non secondario della gestione clinica di medio e lungo periodo non soltanto nel trattamento di malattie già instaurate, ma anche nell'ambito della prevenzione. Le misure preventive mostrano i loro effetti favorevoli in un arco di tempo decisamente più lungo rispetto alle terapie della fase acuta, con la certezza che il paziente riceva la terapia, nelle dosi dimostrate efficaci ed in modo continuativo: la mancanza di aderenza diventa così un fattore di rischio ancora più significativo ma spesso nascosto o sottovalutato. Se il paziente non assume o assume parzialmente la terapia non potrà ottenerne il beneficio sperato e consumerà inutilmente risorse economiche.⁴ La valutazione del fenomeno richiede maggiore attenzione sia nel momento prescrittivo (ospedaliero e/o ambulatoriale), sia in quello domiciliare mettendo a fuoco quali sono le variabili da considerare e i possibili rimedi.

L'aderenza alla terapia

L'aderenza alla terapia è un comportamento individuale del paziente che non ha una definizione univer-

Corrispondente: Andrea Galanti, UOC di Medicina Ospedale S. Giovanni Evangelista, Tivoli, ASL Roma 5, Italia.
E-mail: andrea.galanti2@gmail.com

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright A. Galanti et al., 2017

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):65-72

salmente accettata. In molti studi la definizione è dicotomica ma ciò contrasta con la realtà di un fenomeno che quasi mai è *tutto o nulla*, includendo diversi aspetti quali: i) errori nel dosaggio; ii) errori nella frequenza di assunzione; iii) omissioni parziali o totali della terapia per diversi periodi di tempo; iv) problemi di costo diretto od indiretto per la terapia prescritta; v) completa interruzione del trattamento (mancata persistenza).

Queste condizioni sono molto frequenti nelle malattie che richiedono terapie a lungo termine. Una definizione operativa standard dovrebbe quindi essere bidimensionale, quantificando non solo la durata totale della terapia ma anche l'intensità di assunzione dei farmaci nell'intervallo di tempo previsto.

Nella letteratura scientifica anglosassone i termini *compliance* e *adherence* vengono utilizzati come sinonimi. In realtà il termine *compliance*, preferito fino alla fine degli anni '90, implicherebbe un'asimmetria decisionale tra il medico che pone indicazione al trattamento e il paziente che deve attenersi alle prescrizioni. La *compliance* è classicamente definita come il grado di coincidenza tra il comportamento di un paziente e le prescrizioni mediche. Questo implica che è piena responsabilità del paziente seguire le prescrizioni mediche. Il termine *adherence*, successivamente affermatosi nella letteratura scientifica, è invece ritenuto più corretto e privo di connotazioni potenzialmente negative, in quanto esalta il ruolo attivo del paziente e la sua partecipazione al trattamento: essa infatti include il concetto di scelta del paziente, con una responsabilità condivisa tra quest'ultimo ed il medico, fermo restando come cardine la chiarezza delle istruzioni fornite dal medico sulla terapia.³⁻⁵ Esiste, infine, un terzo termine, forse il più adeguato anche se ancora poco utilizzato, che è la *concordanza*, espressione basata sul concetto che l'alleanza terapeutica tra medico e paziente è un processo di negoziazione, con pieno rispetto delle esigenze di entrambi.

Comunque indicata, la mancata aderenza può essere classificata in due grandi categorie: intenzionale e non intenzionale (Tabella 1).

La forma intenzionale è caratterizzata da una scelta consapevole del paziente che decide volontariamente di non assumere la terapia. Questo atteggiamento spesso è legato alla convinzione soggettiva che i medicinali non siano efficaci o potenzialmente tossici,

che abbiano un costo diretto od indiretto elevato, oppure contrastino con indicazioni etico-religiose personali (aspetto razionale). In altri casi può essere la conseguenza di una risposta emotiva alla patologia ed alla terapia (aspetto irrazionale). In ogni caso entrambe portano ad un'interruzione del trattamento. La decisione del paziente dipende, in genere, da informazioni ambientali errate e da una mediocre qualità della comunicazione con il medico. La mancata aderenza non intenzionale rappresenta invece una condizione in cui il paziente ha un'esplicita volontà di seguire la terapia ma ha difficoltà nel farlo. Questo problema è riconducibile in genere a motivi esterni, estremamente variabili ed in gran parte legati al contesto socio-economico (appartengono a questa categoria anche le cosiddette *dimenticanze* ed i *salto* di dose).

Key messages

La mancata aderenza può essere classificata in due grandi categorie: intenzionale e non intenzionale.

Il perché della limitata aderenza alla terapia

In generale vi sono almeno sei condizioni che possono determinare una scarsa aderenza alla terapia da parte del paziente:⁵ i) la complessità del piano terapeutico; ii) l'incapacità del paziente ad assumere la terapia (non autosufficienza); iii) la non adeguata comprensione dell'importanza della terapia; iv) la mancata percezione dell'adeguato rapporto costo-beneficio della terapia (sia in termini di effetti collaterali che in termini meramente economici); v) la presenza di convinimenti personali errati, irrazionali o conflittuali; vi) la convinzione di un mancato miglioramento della condizione clinica (inefficacia).

Considerando le due classi in cui abbiamo distinto la non aderenza, intenzionale e non, è sicuramente in quest'ultima che il medico può intervenire con più efficacia, valutando a monte le difficoltà del paziente (Tabella 2). *La semplificazione della terapia* (rimozione dei farmaci non utili, accorpamento dei farmaci anche grazie all'utilizzo di formulazioni precostituite, utilizzo di farmaci con lunga emivita che riducono il numero di somministrazioni giornaliere) e *la valutazione delle condizioni psicofisiche del paziente e del*

Tabella 1. Classificazione dell'aderenza alla terapia.

Mancata aderenza intenzionale (volontaria)	Mancata aderenza non-intenzionale (involontaria)
Inefficacia/tossicità del trattamento	Contesto socio-familiare
Costo diretto/indiretto del trattamento	Non autosufficienza
Convinzioni etico-religioso sul trattamento	Costo diretto del trattamento
Alterata risposta emotiva al trattamento	Dimenticanze/salti di dose

contesto in cui vive dovrebbero essere elementi cardine del momento terapeutico. È stato ampiamente dimostrato, per esempio, che la cronicità del trattamento e l'incremento del numero di compresse determina una riduzione dell'aderenza allo stesso.

Nella non-aderenza intenzionale, dove il paziente decide spontaneamente di modificare, interrompere o non iniziare il trattamento prescritto, la questione focale diventa il convincimento del paziente della bontà della terapia.⁶ Per fare questo è opportuno instaurare una buona comunicazione col paziente, ad esempio evitando un linguaggio troppo tecnico, informandolo adeguatamente sulla propria condizione di salute e sui farmaci da assumere, accertandoci successivamente del suo livello di comprensione della patologia, delle cure intraprese e dei rischi legati alla sospensione o all'inaccurata assunzione della terapia. *Le informazioni devono essere le più chiare, semplici ed esaustive possibili.* È opportuno in questa fase chiarire gli obiettivi del trattamento e discutere apertamente con il paziente dei pro e dei contro dei farmaci proposti, sempre considerando il grado di coinvolgimento preferito dal singolo individuo, tenendo presente che le preoccupazioni circa l'assunzione di farmaci e il bisogno percepito di utilizzarli, hanno un impatto significativo sulla decisione e sulle modalità di adesione ai trattamenti. Nei nostri corsi di Laurea e Specializzazione al momento non è presente un insegnamento della materia *comunicazione* o meglio ancora della *comunicazione efficace con il paziente* e, d'altronde, la maggior parte dei medici ritenevano (e purtroppo alcuni lo pensano ancora) che aderire alle indicazioni terapeutiche proposte dal curante facesse parte del buon senso.

Key messages

Il medico può intervenire con più efficacia nei confronti della aderenza alla terapia in quella che è stata classificata come *non intenzionale*.

Il come dell'aderenza alla terapia

Valutati i principali aspetti del *perché* esiste una così elevata non aderenza terapeutica, vediamo *come* poter migliorare questo aspetto mediante una comu-

nicazione efficace con i nostri pazienti e i loro familiari, attraverso la cosiddetta alleanza terapeutica.

Quando il perché è forte, il come si trova sempre
(Friedrich Nietzsche)

A nostro parere è fondamentale analizzare quali sono le principali trappole *comunicative* che si possono verificare nella relazione medico paziente.

Il signor Rossi entra nell'ambulatorio del proprio curante, magari dopo aver aspettato molto tempo in sala d'attesa e comincia a raccontare che da circa sette giorni ha *mal di gola e febbre*. Interrotto quasi subito viene invitato ad accomodarsi sul lettino per essere visitato e, dopo una breve valutazione fisica, il medico prescrive un antibiotico. Quando il paziente chiede ulteriori spiegazioni gli viene risposto di assumere la terapia per almeno sette giorni e se non trova giovamento dovrà presentarsi nuovamente nell'ambulatorio. Il paziente in questo modo non si sentirà né ascoltato, né tantomeno considerato e facilmente risulterà *non aderente* a quanto prescrittogli. In un famoso studio di Langewitz⁷ emerge che in genere il medico interrompe il paziente, che sta esponendo la problematica che lo ha condotto a visita, dopo appena 22 secondi, perdendo una enorme quantità di informazioni che il paziente stesso avrebbe menzionato in poco altro tempo, considerando che lo stesso studio rileva che i pazienti riferiscono almeno il 75% dei sintomi in circa 90 secondi, massimo 2 minuti. Uno scenario simile si può verificare all'atto della dimissione ospedaliera quando il medico tende a fornire un gran numero di informazioni velocemente, spesso utilizzando un linguaggio tecnico e sottovalutando la necessità da parte del paziente e dei familiari di porre delle domande chiarificatrici. L'impressione di avere poco tempo può comportare nuovi accessi ambulatoriali o re-ospedalizzazioni con ingente spreco di risorse.

Siccome ho molta fretta, vado molto piano
(Napoleone Bonaparte)

Vediamo insieme alcuni esempi. Correttamente alla fine di una visita il medico riassume al paziente la sua situazione clinica: *Lei, signor Bianchi, presenta*

Tabella 2. Azioni efficaci per il miglioramento dell'aderenza alla terapia.

Azioni efficaci per migliorare l'aderenza alla terapia

Sospendere i farmaci inutili (integratori, lassativi, etc.)

Utilizzare preferibilmente farmaci con lunga emivita (compresse a rilascio prolungato)

Favorire le associazioni farmacologiche

Coinvolgere i familiari (*care-giver*) nel processo terapeutico (maggior controllo)

Contatti periodici con il paziente (ambulatoriale - domiciliare - telefonico)

un quadro clinico caratterizzato da uno scompenso cardiaco con frazione d'eiezione depressa e associati edemi declivi, ma per fortuna i suoi enzimi cardiaci sono risultati negativi.... La trappola in questo caso è evidente: l'uso del *medicalese* uccide la comunicazione efficace tra medico e paziente e, senza soffermarci su termini quali frazione d'eiezione ed edemi, dobbiamo considerare che anche dire *risultato negativo* può evocare nella mente del paziente un qualcosa di alterato. Uno studio ha rilevato che molte persone non conoscono il significato della parola cefalea o pressione sistolica nonostante questi siano termini medici ampiamente usati con disinvoltura anche dai non addetti ai lavori.⁸ La consapevolezza di questa pessima abitudine nell'usare il gergo tecnico nel comunicare con il paziente ci dovrebbe dare la giusta motivazione ad adattare il nostro linguaggio alla persona che ci troviamo di fronte.

Ancora. Il signor Neri si presenta allo studio del proprio medico riferendogli che da qualche giorno non digerisce bene e ha nausea, viene visitato (frettolosamente) e rassicurato circa il suo stato di salute. Il signor Neri è preoccupato, fa presente che suo zio per un problema analogo è morto per un tumore e che lui vorrebbe fare altri accertamenti. Il medico evidentemente contrariato, con lo sguardo fisso al computer, risponde che non è niente di grave e aggiunge: *C'è gente che sta sicuramente peggio, prenda queste compresse e vedrà che andrà tutto bene!*. Il paziente esce dallo studio con lo stesso fardello di ansia con il quale è entrato e, bene che vada, cercherà un altro parere. La capacità di *mettersi nei panni dell'altro* o empatia (dal greco *en-pathein*) è di fondamentale importanza per un'ottimale relazione medico paziente, ma spesso viene ignorata dal medico sia per la paura di perdere tempo, sia perché spesso teme il confronto/scontro con le emozioni del paziente che si trova di fronte. Nel caso illustrato l'affermazione *C'è chi sta sicuramente peggio...* viene percepita dalle persone come distacco e freddezza, mentre il paziente in quel momento richiedeva ascolto e considerazione. Uno stile comunicativo empatico si può instaurare iniziando il colloquio con una domanda aperta: *Cosa posso fare per lei?, In che modo posso aiutarla*, cercando di evitare domande chiuse che in genere mettono a disagio il paziente, tipo: *È venuto per il solito controllo della glicemia?*⁹ Il colloquio può proseguire senza il bisogno di parlare più a lungo ma assumendo un atteggiamento non verbale congruo alla situazione, per esempio mantenendo il giusto contatto oculare e annuendo con il capo quando il paziente racconta la sua storia. In questo modo il paziente si sentirà compreso, accetterà meglio le prescrizioni e sicuramente limiterà gli accessi all'ambulatorio.

In ambulatorio o al letto del paziente è comune osservare una raccolta anamnestica di questo tipo: *Sig.ra*

Verdi da quanto tempo respira male? - Non so dottore almeno da 5-7 giorni... - Ha tosse? Ha notato se l'espettorato, il catarro, è biancastro o giallo? Rifletta, è importante!. Senza attendere la risposta della paziente si continua in modo incalzante: Ha avuto febbre? Ha preso degli antibiotici? Quali?. Questo tipo di comunicazione, purtroppo molto frequente, è in realtà una trappola comunicativa definita *anamnestica*.¹⁰ La raccolta dei dati è condotta da parte del medico con uno stile inquisitorio a scapito dell'ascolto e della narrazione da parte del paziente, con il risultato di porre una serie di domande chiuse con la possibile risposta limitata ad un sì/no che inaridiscono la relazione medico paziente e fanno percepire al paziente l'assenza di empatia. Solitamente al termine di questi *interrogatori* segue una prescrizione proposta in modo direttivo che spesso non tiene conto del punto di vista del paziente e delle sue preoccupazioni. Il medico è convinto che il paziente ha compreso tutto, ma questi spesso non aderirà al trattamento consigliato.

Il Sig. Giovanni si reca allo studio del proprio curante per una tosse fastidiosa che non accenna a diminuire e dopo le prime domande di rito il medico gli rimprovera il fatto che ancora non ha interrotto l'abitudine al fumo di sigarette e lo apostrofa dicendogli: *Ma almeno lo faccia per i suoi figli che sono costretti a respirare questi veleni!*. Tale comportamento, apparentemente ineccepibile, in realtà risulta tecnicamente sbagliato: predicare, colpevolizzare e minacciare sono delle barriere comunicative che comportano una reazione opposta a quella che vorrebbe il buon senso, non per il contenuto, ma per il modo con cui viene formulata l'indicazione terapeutica.

Dopo questa breve disamina sui principali errori comunicativi che si possono verificare nel rapporto medico paziente vediamo quali tecniche possono essere attuate per rendere l'interazione più efficace ed avere, come risultato finale, una piena aderenza e arrivare alla tanto auspicata alleanza terapeutica.

Il momento dell'accoglienza del paziente, in ambulatorio e ancor più nelle corsie ospedaliere, è sicuramente fondamentale per l'istaurarsi del giusto rapporto tra le parti: è noto che gli esseri umani si formano un'idea dell'interlocutore nei primi trenta secondi di un incontro (personale o professionale) e durante il tempo che trascorre nell'interazione cercano conferme a suffragio di questa prima impressione rispetto ad elementi che la possano smentire, realizzando quella che viene definita *profezia che si auto realizza*.¹¹

Non c'è mai una seconda occasione per fare una prima buona impressione
(Oscar Wilde)

Un paziente che si sente accolto dal medico cordialmente, con un sorriso, un contatto oculare diretto

avrà, durante la visita, meno resistenze nei confronti delle successive indicazioni terapeutiche; al contrario un atteggiamento freddo e distaccato (considerato da alcuni *professionale*) può produrre delle resistenze emotive negative nei confronti di quelle che saranno poi le cure proposte. È importante accogliere il paziente mentre entra nell'ambulatorio, dimostrando che è il benvenuto, alzandosi dalla sedia per superare la barriera della scrivania e avvicinandosi alla persona che sta entrando, cercando il contatto visivo. L'effetto prima impressione è la risultante di diversi elementi. Il primo elemento è la comunicazione non verbale statica che riguarda il nostro aspetto: la pettinatura, il trucco, la barba, gli accessori, ecc. Tutti consideriamo sia facilmente controllabile questo aspetto ma non valutiamo che la percezione che abbiamo di noi raramente coincide con quella che avverte il nostro paziente. Il 65% dei nostri pazienti preferisce che il medico indossi il camice mentre il 70% dei medici riferisce di non indossarlo sempre, il 27% dei pazienti ritiene che il medico non debba calzare scarpe da ginnastica, calzature ai piedi di circa il 50% dei medici.¹²

Anche l'ambiente dove visitiamo e accogliamo il paziente ha un ruolo importante, pertanto sarebbe opportuno evitare di mettere in mostra pinze, aghi, siringhe, ecc, ed evitare pareti riempite con tavole anatomiche perché da alcuni vengono considerate sgradevoli. Più l'ambiente dove si svolge la visita risulterà confortevole, maggiore sarà l'attenzione del paziente e più alto il grado di accettazione del medico, con il risultato di una maggiore aderenza alle indicazioni fornite per la sua salute.

Il secondo elemento è la comunicazione non verbale dinamica, che riguarda tutto ciò che accompagna la parola (comunicazione verbale): la mimica facciale, la gestualità, la posizione del corpo, lo sguardo, il tono della voce. I pazienti esprimono la massima soddisfazione quando il medico mostra una partecipazione emotiva e un sincero interesse durante il colloquio dedicando minor tempo a consultare la documentazione cartacea, evitando di interporre il computer come barriera, facendo gesti di assenso con il capo, mostrando uno sguardo diretto e partecipe, attraverso una vera e propria vicinanza fisica.¹³ Lo sguardo è una potente arma del non verbale perché ci permette di percepire lo stato emotivo di chi ci troviamo davanti ma bisogna saperlo *dosare* per non creare spiacevoli fraintendimenti. Per creare un buon rapporto bisogna guardare alternativamente gli occhi del paziente e poi altre parti del volto quali zigomi e fronte evitando in tal modo la fissità dello sguardo. Il paziente viene così guidato in una sorta di *danza* ed inseguirà lo sguardo del proprio medico venendo ad instaurare una situazione di blanda suggestione, favorente l'adesione a quanto gli stiamo dicendo o prescrivendo.¹⁴ Questa tipologia di sguardo va utilizzata nelle prime fasi dell'approccio relazio-

nale e quando ascoltiamo il racconto del paziente ma se vogliamo enfatizzare alcuni punti cruciali (per esempio durante la prescrizione della ricetta) allora è fondamentale avere uno sguardo fisso e diretto. Tutto ciò si traduce in una riduzione della distanza interpersonale, avendo però consapevolezza della potenza di queste armi comunicative; ad esempio durante l'esecuzione dell'esame obiettivo il contatto oculare va adeguatamente ridotto per non rischiare di diventare troppo ... intimi.

La postura e l'orientamento del corpo sono importanti nella relazione con il paziente e il loro primo nemico è il computer perché spesso è disposto in maniera tale da pregiudicare il contatto oculare e generare un distacco tra gli interlocutori.¹⁵ L'orientamento nei confronti del paziente deve essere frontale pertanto se dobbiamo usare il computer per la raccolta anamnestica, oltre a esplicitarlo preventivamente, posizioniamolo lateralmente per poi tornare alla posizione frontale necessaria per un buon ascolto della narrazione del paziente. È sicuramente meglio consultare la cartella clinica e/o gli esami diagnostici prodotti dal paziente all'inizio della visita o alla fine della stessa proprio per non interrompere la narrazione. La postura dovrebbe essere, nelle fasi iniziali, il più possibile rilassata per indurre lo stesso atteggiamento nel paziente, per poi passare ad una leggera inclinazione del busto in avanti quando si arriva alla fase prescrittiva suggerendo così il nostro interesse.

Nella corsia ospedaliera sedersi vicino al letto del malato dimostra che non abbiamo fretta, favorisce il contatto oculare diretto e permette una relazione che viene apprezzata maggiormente dal paziente. Il contatto corporeo era ben conosciuto dai nostri Maestri che però non potevano sapere quali potessero essere i vantaggi sul sistema neuro-endocrino: riduzione della pressione sistolica e diastolica, diminuzione della frequenza respiratoria e miglioramento del sonno.¹⁶ Il contatto corporeo è sicuramente un'arma efficace comunicativa per lenire il dolore, per far sentire al paziente che si è vicini ma potrebbe creare delle situazioni equivocate per cui bisogna valutare caso per caso quando applicarlo. Utile al riguardo è utilizzare zone *neutrali* del corpo, come l'avambraccio, il cui tocco non crea imbarazzo.

La mimica del volto rappresenta un cardine essenziale della comunicazione non verbale: in un solo decimo di secondo ci formiamo un'idea sulla affidabilità di chi ci troviamo davanti e tale opinione si mantiene anche continuando a fissare il volto senza limiti di tempo.¹⁷ Durante l'ascolto del paziente sono importanti i cenni mimici del capo come l'annuire, il toccarsi il viso che inviano il messaggio di ascolto attento e di comprensione di quanto si sta dicendo.¹⁸ Il sorriso è di fondamentale importanza perché comunica serenità e predispose il paziente a rilassarsi ma può essere

usato in forma contraddittoria per veicolare messaggi altresì difficili da presentare verbalmente senza che il paziente ne rimanga turbato. Un esempio può essere quello del paziente ipocondriaco al quale si potrebbe dire, per sminuire le sue paure infondate, *verosimilmente lei è affetto da una patologia rarissima per la quale al momento non esistono tecnologie valide per diagnosticarla* e nell'enunciazione sorridere e ammicciare con il volto lasciando intendere che non stiamo parlando seriamente. Questa tipologia di comunicazione viene definita ambivalente o paradossale ed è particolarmente efficace con gli ipocondriaci.

Altro elemento importante che concorre alla formazione della prima impressione è il *paraverbale* ossia il tono, il timbro e il ritmo della voce unito all'uso sapiente delle pause. Per comprendere appieno la potenza di questa arma comunicativa è suggestivo lo studio che è stato condotto su 66 chirurghi, di cui il 50% non era mai stato coinvolto in controversie legali e il rimanente 50% aveva avuto almeno 2 citazioni in giudizio. Per ogni partecipante allo studio in oggetto sono stati estrapolati dei brevi discorsi fatti durante la loro comunicazione verbale con i pazienti e poi, tramite accorgimenti tecnici, si sono mantenute soltanto l'intonazione, gli accenti e il ritmo del parlato senza che fosse possibile riconoscere le parole. Questi brani sono stati ascoltati dai valutatori e tutti hanno individuato i bravi comunicatori esenti da denunce rispetto a chi, purtroppo, era stato condotto in tribunale in seguito a denuncia dal paziente. Il tono e le inflessioni vocali avevano comunicato ai pazienti distacco e arroganza nel caso dei *denunciati* e, di contro, nel caso dei bravi comunicatori partecipazione sincera ed empatia.¹⁹

*Ho imparato che
le persone possono dimenticare ciò che hai detto,
le persone possono dimenticare ciò che hai fatto,
ma le persone non dimenticheranno mai
come le hai fatte sentire*

Maya Angelou, ballerina, attrice, poetessa,
attivista per i diritti civili degli afroamericani
(1928-2014)

Una breve pausa durante il colloquio con il paziente può essere usata prima e subito dopo l'enunciazione di qualcosa che riteniamo fondamentale (per es. per la terapia che dovrà praticare il paziente stesso) sfruttando il cosiddetto effetto *aspettativa* o l'effetto *eco*. La potenza delle pause risiede nel fatto che la pausa richiama la nostra attenzione: è lo stesso meccanismo per cui una persona che si è addormentata con la televisione accesa si sveglia all'improvviso se la spengiamo.

Durante la raccolta anamnestica lo scopo principale del medico è quello di acquisire informazioni rilevanti per la definizione del quadro clinico ed arrivare ad una

diagnosi circostanziata, per poi passare alla terapia mirata. Il paziente, invece, si rivolge al professionista della salute per ottenere risposte a due suoi bisogni: capire/risolvere il suo problema ed essere compreso/considerato da parte del medico.²⁰ Per soddisfare l'esigenza del paziente, il bravo medico deve condurre l'intervista in maniera tale da indagare sia la parte biologica della malattia (per gli anglosassoni la dimensione del *disease*), che la sfera appartenente al vissuto emotivo che la malattia ingenera, cioè il punto di vista del paziente concernente la sua idea dello *star male* (dimensione dell'*illness*). Comprendere il vissuto emotivo del paziente in relazione alla situazione clinica che lo ha condotto davanti al medico significa cercare l'emozione che prevale in quel momento: *Ha paura? Si sente sconfitto dal sintomo o dalla patologia? Prevale il dolore o l'assenza di alcuni piaceri che invece erano presenti prima della malattia?* Tutto ciò richiede sensibilità e consapevolezza da parte del professionista, che deve essere consapevole dell'importanza di indagare in un campo che esula dal *disease* (a noi medici sicuramente più familiare), cercando così di intercettare ed approfondire le emozioni del paziente, cosa che riduce i tempi della visita e la rende maggiormente piacevole e proficua per entrambi.²¹ Indagare il punto di vista del paziente significa andare a cercare l'idea che il soggetto si è formato autonomamente circa il sintomo o la malattia di cui è affetto, spesso basata su precedenti esperienze personali o magari altre, raccontate da amici e/o familiari: spesso si vengono a scoprire ipotesi fantasiose completamente lontane dalla realtà oggettiva. È fondamentale in questa fase entrare nel mondo dell'altro cercando di capire senza giudicare, perché il paziente ha bisogno di essere ascoltato e compreso (anche nelle sue pseudo-interpretazioni), soltanto in questo modo sarà poi in grado di accettare altre informazioni e, in ultima analisi, aderire al programma terapeutico che gli verrà consigliato. La conoscenza del contesto lavorativo, sociale e familiare è fondamentale per raggiungere la completa aderenza al regime terapeutico indicato. Per intenderci, sarebbe impensabile proporre una terapia anticoagulante orale, che sappiamo richiede un controllo ematochimico frequente, ad un paziente anziano, poco autosufficiente, non in grado di guidare l'automobile e il cui unico figlio, che abita lontano, ha orari di lavoro protratti.

Come detto in precedenza è opportuno iniziare il colloquio con una domanda aperta (la domanda aperta lascia libertà di espressione al paziente, al contrario della domanda chiusa che permette come risposta solo il sì/no), magari con il classico: *Per quale motivo oggi mi è venuto a trovare in ambulatorio?*, avendo accortezza di farlo parlare per un tempo adeguato e far sì che termini il proprio discorso, senza interromperlo, come solitamente accade, dopo solo 20 secondi.⁷

I pazienti generalmente parlano di seguito per circa

due minuti e in questo breve lasso di tempo possiamo raccogliere informazioni rilevanti sul loro stato emotivo, sul vissuto e spesso anche sul contesto familiare e sociale in cui vivono. Dopo aver posto tre-quattro domande, alternando possibilmente aperte e chiuse, è di fondamentale importanza *parafrasare* quanto raccontato dal paziente, che significa in buona sostanza riassumere, con parole nostre, il contenuto del discorso sinora fatto chiedendo verifica di aver compreso quanto dal soggetto raccontato. Questo semplice artificio tecnico ci fornisce una serie di vantaggi: fa sentire il paziente ascoltato e compreso perché non stiamo già proponendo soluzioni (come spesso capita!), inoltre crea un clima disteso favorente la comunicazione evitando incomprensioni e resistenze, ed infine permette al professionista di avere la certezza di aver compreso il punto di vista dell'altro in funzione del *feed back* ricevuto.

La diagnosi rappresenta un momento cruciale del rapporto, precedendo l'accettazione da parte del paziente del programma terapeutico che gli verrà proposto; l'attuale contesto storico e culturale in cui viviamo aumenta il già estremo bisogno di informazioni di cui i pazienti sentono necessità. Nella pratica quotidiana l'errore più frequente è quello di fornire una pletora di dati quantitativi e oggettivi sul tipo di malattia, lo stadio, le caratteristiche del trattamento (notizie sicuramente da illustrare) a scapito dei dati qualitativi desiderati dalla maggior parte dei pazienti che si chiedono: *Sentirò dolore? – Potrò continuare a svolgere la mia vita regolarmente e in caso contrario con quali limitazioni? - Guarirò del tutto o dovrò convivere con la patologia?* e tante domande ancora. Questo problema si attenua fino a scomparire se il medico avrà condotto il colloquio con empatia, professionalità e partecipazione seguendo alcune delle indicazioni di cui abbiamo parlato: ha cioè esplorato il vissuto del paziente, si è reso conto del contesto socio-culturale-ambientale in cui vive e ha capito gli indizi emotivi che il paziente gli ha comunicato.

*Non c'è cosa dell'intelletto
che non passi prima per i sensi
(Tommaso d'Aquino)*

Inoltre, risulta molto utile, invitare il paziente a porre domande al termine della visita, senza aspettare che lo stesso lo faccia spontaneamente, cosa che avviene raramente poiché la persona è frenata dall'ansia, dalla paura di sembrare ignorante o per semplice timidezza.²² Le domande poste dal paziente in questa fase dell'incontro sono essenziali per permettere al medico di chiarire ancora meglio la situazione clinica, instaurare l'alleanza terapeutica e garantire la piena aderenza al trattamento: il tempo di visita non si allunga ed è stato stimato intorno ai venti minuti.²³

A conclusione di questa breve trattazione che non può essere ovviamente esaustiva dell'argomento è nostra intenzione porre l'attenzione dei lettori su un fattore essenziale: nel comunicare con il paziente, per essere davvero efficaci, bisogna avere la consapevolezza che esiste tutto quello che abbiamo esposto e... molto altro, così da non dare mai nulla per scontato quando interagiamo con il malato.

Key messages

- L'uso del *medicalese* uccide la comunicazione efficace tra medico e paziente.
- La comunicazione non verbale dinamica riguarda tutto ciò che accompagna la parola (comunicazione verbale): la mimica facciale, la gestualità, la posizione del corpo, lo sguardo, il tono della voce.
- Il *paraverbale* concorre alla formazione della prima impressione ossia il tono, il timbro e il ritmo della voce unito all'uso sapiente delle pause.

Bibliografia

1. Di Matteo M.R. Variations in patient's adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research, *Med Care*, 2004;42:200-209.
2. Sabatè E. Who Adherence to long term therapies: evidence for action. World Health Organization, Geneva 2003.
3. Heidenreich PA: Patient adherence: the next frontier in quality improvement. *Am J Med* 2004;117:130-2.
4. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR et al: Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care* 2005;43:521-30.
5. Marcum ZL, Sevick MA, Handler SM: Medication non-adherence: a diagnosable and treatable medical condition. *JAMA* 2013;309:2105-2106.
6. NICE guidelines. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG76>.
7. Langewitz W et al: Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002;325,7566:682-3.
8. Ardis S, Marcucci M. La comunicazione sanitario-paziente, Aonia ed 2013, Lulu Press, Raleigh, NC.
9. Heritage J, Robinson J.D.: The structure of patient's presenting concerns: physicians' opening questions, *Health Commun* 2006;19(2),89-102.
10. Lugoboni F. Migliorare la compliance. L'utilità del colloquio motivazionale. 2010 Seed, Torino.
11. Patterson M.L. A sequential functional model of non verbal Exchange, *Psychological Review*, 1982, 19(3),231-249.
12. Canestrari R, Cipolli C. L'interazione medico-paziente: aspetti relazionali e comunicativi in C. Cipolli, E.A. Moja, *Psicologia Medica* 1991, Armando Editore, Roma.
13. Roter D.L. et al The expression of emotion through non-verbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes, *J Gen Intern Med*, 2006, 21 Suppl1, 28-34.
14. Montague E et al, Modeling eye gaze patterns in clinical-patient interaction with lag sequential analysis, *Hum Factors*, 2011,53(5),502-16.
15. Margalit R.S. et al, Electronic medical record use and

- physician-patient-communication: an observational study of Israeli primary care encounters; *Patient Educ Couns*, 2006,65(1),134-141.
16. Papathanassoglou E.D. Mpouzika M.D. Interpersonal touch: physiological effect in critical care. *Biol Res Nurs*, 2012,14(4),431-43.
 17. Willis J Todorov A. First impression: making up your mind after a 100-ms exposure to a face. *Psychol Sci*, 2006,17(7),592-8.
 18. Harrigan J.A. Self-touching as an indicator of underlying affect and language processes. *Soc Sci Me*, 1985, 20(11),1161-8.
 19. Ambady N. et al. Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery*, 2002,132(1),5-9.
 20. Ong L.M. et al. Doctor- patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Me*, 1995, 40(7), 903-18
 21. Levinson W. et al . A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *J Amer Med Assoc* 2000,284,1021-7.
 22. Roter D.L. et al. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta analysis, *Med Care*, 1998, 36(8),1138-61.
 23. Hansson M.G. et al. Ethics takes time, but not that long. *Bmc Med Ethics*, 2007, 24,8,6.

Non-commercial use only

Il valore della comunicazione nei sistemi sanitari

Marzia Sandroni

Comunicazione Marketing Sociale, Relazioni interistituzionali, Azienda USL Toscana Sud Est, Italia

Introduzione

La comunicazione permea molti aspetti della vita di un'Azienda sanitaria e rappresenta quindi, nelle sue molteplici sfaccettature, una competenza imprescindibile tra i profili professionali.

La comunicazione interviene nella lettura del contesto, affianca l'organizzazione aziendale nella definizione delle priorità e nel rendere più efficaci gli interventi di promozione della salute; contribuisce a creare alleanze nei territori, a intervenire sulla popolazione sana – in primis –, sui giovani, e nella diagnosi precoce con le campagne, ad esempio, di comunicazione, per rallentare, ridurre l'evoluzione delle patologie, in particolare, quelle cronico degenerative. Inoltre la comunicazione è essenziale per rafforzare, all'interno dell'organizzazione, come nei pubblici esterni, una cultura della sanità che abbia alla base principi di qualità, innovazione, sicurezza oltre che di appropriatezza e di utilizzo etico delle risorse... Solo attraverso una comunicazione pianificata e strutturata le aziende potranno ottenere il coinvolgimento dei cittadini e del personale interno sui valori, sulle traiettorie e, attraverso un agire sinergico di tutte le strutture aziendali, raggiungere la soddisfazione delle persone assistite, l'aumento della mobilità attiva e l'attrazione di risorse da reinvestire per migliorare la qualità dei servizi ed il lavoro degli operatori.

La pianificazione ed il marketing

A partire dalla pianificazione strategica e nella programmazione operativa, ad esempio, il Piano di Comu-

nicaione, insieme agli altri strumenti di pianificazione aziendali e di zona, sanitari e socio sanitari, contribuisce, avvalendosi degli strumenti del marketing, ad inquadrare il contesto, la situazione politica, socio-economica, gli stakeholders e a programmare, anche sulla base degli indirizzi nazionali e regionali e dell'andamento degli indicatori di performance: i) i gruppi target; ii) le azioni; iii) gli strumenti; iv) i tempi; v) gli investimenti; vi) gli indicatori per la valutazione degli esiti. In questo modo l'Azienda rafforza la propria immagine, il quadro di riferimento valoriale e quindi la propria reputazione nei confronti del cittadino. Il Piano di Comunicazione è, dunque, lo strumento principe affinché la Comunicazione possa accompagnare e sostenere in modo programmato l'azione aziendale, agevolando anche il reperimento di risorse, operando in modo funzionale e sinergico con le altre strutture aziendali, rispettando i bisogni, guidando le aspettative del cittadino orientando al contempo il suo paradigma di salute e sanità.

La Comunicazione interistituzionale

In questo particolare momento in cui molte Regioni italiane si stanno muovendo verso l'accorpamento di Aziende più piccole in Aziende più grandi, è importante pensare, nell'ottica del cittadino, come, se la sostenibilità e l'equità richiedono assetti organizzativi che prevedono macro-aziende, che definiscono e garantiscono, a tutti, gli stessi servizi essenziali, parallelamente il cittadino, per il quale la salute è *prima di tutto*, ha bisogno di sentire una sanità vicina quando serve, semplice nel farsi capire, possibilmente capace di rispondere ai suoi ritmi di vita. Pur sapendo, dentro di sé, che pretende dal Sistema Sanitario pubblico, come fosse una madre, quella gratuità e quell'efficienza che in questo Paese nessun altro servizio garantisce, pur tuttavia, fa fatica ad accettare quel criterio di appropriatezza che, solo, può garantire ancora la sopravvivenza del sistema universalistico delle cure. Pertanto, se vogliamo, come dobbiamo, soddisfare la Persona (in senso olistico), dobbiamo, prima di parlare di sanità, parlare di salute e contribuire, anche attraverso la comunicazione interistituzionale a creare, a livello zonale, relazioni di sistema tra Enti, Distretti socio sanitari, Associazioni di volontariato, terzo set-

Corrispondente: Marzia Sandroni, Responsabile Comunicazione Marketing Sociale, Relazioni interistituzionali, Azienda USL Toscana Sud Est, Italia.
E-mail: marzia.sandroni@uslsudest.toscana.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright M. Sandroni, 2017

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2017; 5(1):73-81

tore e cittadini, che rappresentano reti orizzontali di protezione sociale, riparo dalla solitudine, dall'emarginazione, dalla disinformazione a cui, come si sa, si associano maggiori rischi di salute.

Il livello locale, svolge, e deve continuare a svolgere, il suo ruolo di facilitatore, d'altra parte, quando si tratta di salute, indipendentemente dalla nostra coscienza della malattia, le paure prendono il sopravvento, quasi che l'amigdala, l'istinto di sopravvivenza, se non gestito prevalga sulla razionalità. Allora solo la vicinanza, la conoscenza, la fiducia, che sia, a seconda dei casi, del prete, del medico di famiglia/pediatra, del volontario, ma anche del funzionario pubblico (pensiamo alla prevenzione), può rassicurare e riorientare la persona, contenendo quella frenesia individuale o collettiva che raramente ispira le soluzioni migliori.

Media Advocacy

In tutti i casi, teniamo presente il valore dell'informazione, il ruolo dei media e il potere della comunicazione. I media rappresentano, infatti, un grande mezzo per sostenere le Aziende sanitarie nel far pas-

sare corretti messaggi e nel promuovere cause di salute: si tratta, nello specifico, del cosiddetto *media advocacy* dove, per *advocacy*, si intende quella forma di comunicazione che ha come obiettivo la promozione dei valori dell'Azienda sanitaria presso altri pubblici, vale a dire, per influenzare l'opinione pubblica a favore della salute, o per aumentare la consapevolezza dei *decision makers* promuovendo politiche intersettoriali, allocazione di risorse, scelte che abbiano un impatto positivo e riducano le disuguaglianze di salute.¹ Il ruolo della Comunità, del privato sociale, delle Istituzioni, a fianco all'Azienda sanitaria, nella tutela della salute, e quindi il ruolo della Comunicazione interistituzionale e del *public affair*, è rilevato da tutti i modelli people-centred a livello nazionale ed internazionale.² Tra questi il più noto è forse la Kaiser Permanente con sede in California conosciuto nella sua rappresentazione della Piramide appunto detta di Kaiser (Figura 1). Il concetto predominante è la gestione del paziente nella sua interezza, nella sua globalità e nel senso forte di doverne curare la salute in tutte le sue componenti, in tutti i suoi organi, in tutti i suoi possibili aspetti di debolezza, in tutti i momenti del suo percorso. Nell'attuazione di questo tipo di ge-

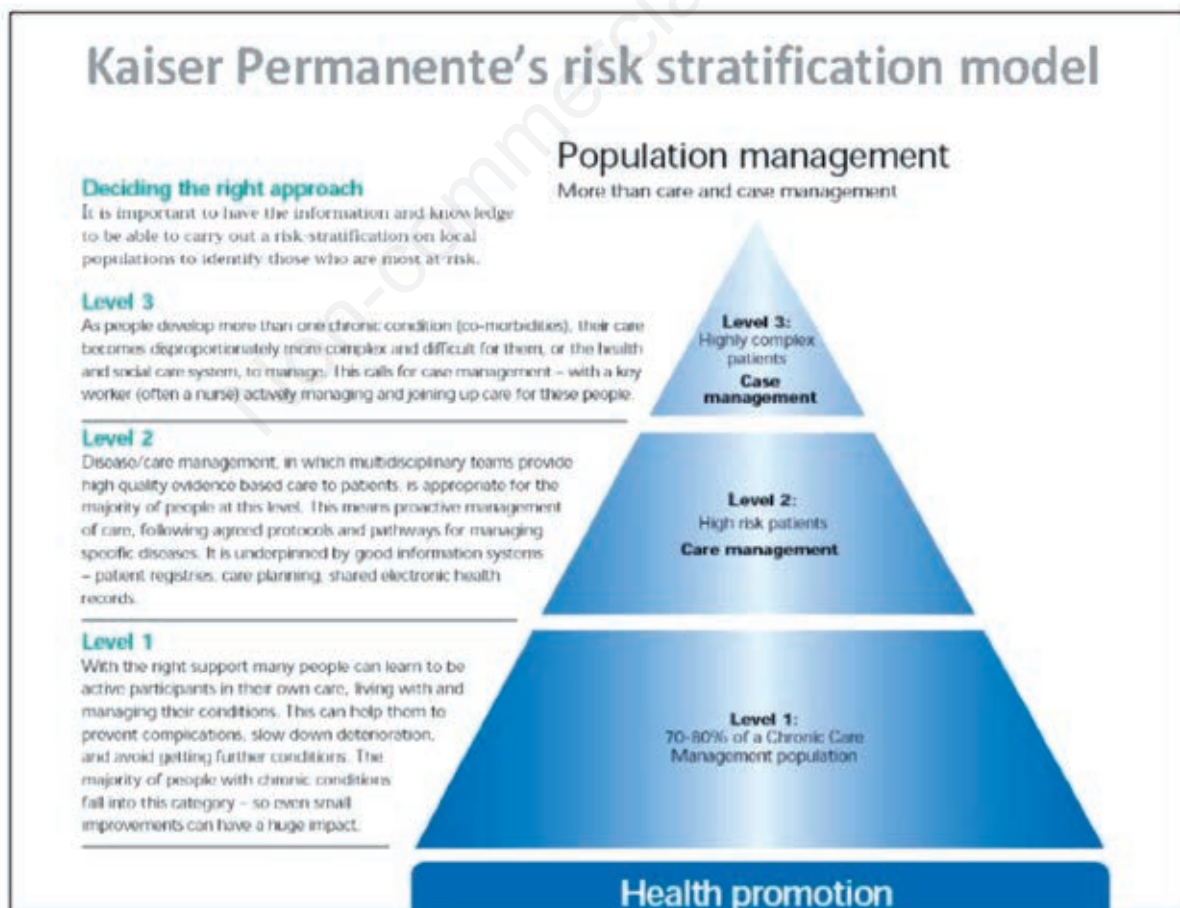


Figura 1. La Piramide di Kaiser.

stione integrata la KP si è dotata di uno strumento molto importante: la Health, un sistema informativo che offre grandi possibilità di scambio di informazioni, di integrazione fra livelli, di comunicazione con il paziente. A ciò si aggiunge l'approccio specifico ai pazienti secondo il livello di rischio, con interventi affidati a personale specializzato e qualificato.

In generale tutti questi modelli, propongono, una volta stratificata la popolazione, la creazione di solide relazioni interistituzionali, politiche intersettoriali tese a creare ambienti favorevoli alla salute, la promozione di stili di vita sani³ e programmi di educazione documentabili monitorabili per tutte le fasce di popolazione, per evitare l'insorgere e lo sviluppo di malattie nell'ambiente di vita o di lavoro, inoltre, l'intercettazione e l'azione sulle fasce a rischio, sostenendo la formazione e quindi lo sviluppo delle competenze individuali *che portano il cittadino a comportamenti positivi e di adattamento, che lo rendono capace di far fronte efficacemente alle richieste e alle sfide della vita di tutti i giorni*. Quindi, sulla popolazione sana interventi multiprofessionali ed interistituzionali e rafforzamento dell'*empowerment*.

La Comunicazione come *life skill*

A prescindere dagli altri determinanti di salute, per ciò che riguarda l'*empowerment* e le competenze necessarie per rimanere sani più a lungo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ne individua dieci, che sono dette *life skills*;⁴ la mancanza di queste *skills* socio-emotive rende le persone più fragili e meno capaci di rispondere a situazioni di stress e di disagio. Tra queste abilità, almeno tre, riguardano la comunicazione e sono: la prima, il sapersi esprimere, sia sul piano verbale che non verbale, con modalità appropriate rispetto alla cultura e alle situazioni. Questo significa essere capaci di manifestare opinioni e desideri, bisogni e paure, essere capaci, in caso di necessità, di chiedere consiglio e aiuto. La seconda: la capacità di instaurare relazioni interpersonali che aiutano a mettersi in relazione e a interagire con gli altri in maniera positiva, riuscire a creare e mantenere relazioni amichevoli che possono avere forte rilievo sul benessere mentale e sociale. Tale capacità può esprimersi sul piano delle relazioni con i membri della propria famiglia, favorendo il mantenimento di un'importante fonte di sostegno sociale; può inoltre voler dire anche essere capaci, se opportuno, di porre fine alle relazioni in maniera costruttiva; la terza *skills* che ha a che vedere con la comunicazione è l'empatia cioè la capacità di immaginare come possa essere la vita per un'altra persona anche in situazioni con le quali non si ha familiarità. Provare empatia può aiutare a capire e accettare i *diversi*; questo può migliorare le interazioni sociali per es. in situazioni di differenze culturali o etniche. La capacità empatica può

inoltre essere di sensibile aiuto per offrire sostegno alle persone che hanno bisogno di cure e di assistenza o di tolleranza, come nel caso di persone affette da HIV o da disordini mentali.

L'OMS dedica questo studio soprattutto ai giovani e all'educazione scolastica, infatti, ancor prima di sapere cosa non devono fare, cosa è proibito e cosa è tollerato, se i giovani non imparano a gestire al meglio le proprie emozioni (intelligenza emotiva) e non sviluppano queste competenze, rischiano, nei momenti di stress, magari stranieri, senza una famiglia solida alle spalle, di scivolare nella depressione o peggio lasciarsi rapire dalla voglia di evadere e cercare rifugio negli stupefacenti o in altre droghe facili.

La Comunicazione per la promozione della salute

L'Unione Europea nel Programma salute 2009-2012 ha finanziato il progetto *CompHP Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe* in cui la Comunicazione è riportata come una delle undici competenze chiave per la promozione della salute. In particolare la Comunicazione permette *di condividere efficacemente le azioni di promozione della salute utilizzando tecniche e tecnologie appropriate per diversi tipi di pubblico*, ma entra anche nel dettaglio e delinea le skills che deve avere il professionista che se ne occupa, ovvero: i) utilizzare capacità di comunicazione efficace, incluse quelle scritte, verbali, non verbali e capacità di ascolto; ii) utilizzare le tecnologie dell'informazione e altri media per ricevere e diffondere informazioni sulla promozione della salute; iii) utilizzare metodi e tecniche di comunicazione culturalmente appropriati per gruppi e contesti specifici; iv) utilizzare la capacità di comunicazione interpersonale e di lavoro di gruppo per aiutare individui, gruppi, comunità e organizzazioni a migliorare la propria salute e a ridurre le disuguaglianze di salute.

Strettamente collegata alle competenze di comunicazione che dalla sua etimologia - *cum munus actio*, significa condivisione di un valore, l'UE riporta la *leadership estremamente utile per contribuire allo sviluppo di una visione condivisa e di un orientamento strategico per l'azione di promozione della salute*. Anche in questo caso vengono elencate le competenze del professionista che vi opera e che deve essere in grado di: i) lavorare con gli *stakeholders* per concordare una visione condivisa e un orientamento strategico; ii) utilizzare capacità di leadership per facilitare l'*empowerment* e la partecipazione; iii) lavorare in rete e motivare gli stakeholder nel guidare il cambiamento, per migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze; iv) incorporare nuove conoscenze per migliorare la pratica e rispondere alle sfide emergenti; v) contribuire

alla mobilitazione e alla gestione delle risorse; vi) contribuire all'apprendimento organizzativo e di gruppo per promuovere l'azione di promozione della salute.⁴

La Comunicazione e le patologie croniche

Oltre alla prevenzione e alla promozione della salute sulla popolazione sana, continuando con l'analogia della Piramide di Kaiser, considerato che oggi l'80% dell'impatto economico sul sistema sanitario è causato dalle patologie croniche, anche chi si occupa di Comunicazione deve lavorare per rallentare l'evoluzione, ridurre l'aggravamento di queste patologie integrando i saperi, le tecniche, gli strumenti tipici della comunicazione con i più innovativi approcci della medicina. Anche nel nostro Paese, i documenti di pianificazione come il *Patto per la Salute 2014-2016* (art. 4) sottolineano il valore della Comunicazione impegnando *Regioni e Province autonome ad attuare interventi di umanizzazione, di comunicazione, in ambito sanitario, nel rispetto della persona nella sua interezza fisica psicologica e sociale coinvolgendo sia aspetti strutturali, sia organizzativi e relazionali dell'assistenza*. Allo stesso modo, il documento più recente dedicato alle strategie per affrontare, in Italia, il tema delle patologie croniche, il *Piano nazionale delle Cronicità* potrebbe oggi rappresentare anche un *position paper* per la comunicazione.

Partiamo dai concetti chiave che servono parallelamente anche a qualificare il tipo di Comunicazione e gli strumenti più idonei da utilizzare. Il Piano della cronicità parla di malattia vissuta con al centro il paziente/persona (*illness*), e non solo di malattia incentrata sul caso clinico (*disease*); di analisi integrata dei bisogni globali e non solo di *razionalità tecnica* e di problemi squisitamente clinici; di valutazione delle risorse del contesto ambientale, inteso come contesto fisico e socio-sanitario locale, fattori facilitanti e barriere; di accompagnamento, e non solo cura; di risorse del paziente, e non solo risorse tecnico-professionali gestite dagli operatori; di *empowerment* inteso come abilità a *fare fronte* alla nuova dimensione imposta dalla cronicità e sviluppo della capacità di autogestione (*self care*); di approccio multidimensionale e di team e non solo relazione *medico-paziente*; di presa in carico pro-attiva ed empatica e non solo risposta assistenziale all'emergere del bisogno; di *Patto di cura* con il paziente e i suoi caregiver e non solo compliance alle prescrizioni terapeutiche.⁵

È evidente che il concetto di salute qui sviluppato è quello di *stato di benessere psico-fisico e relazionale* e che il tema salute, tanto più con l'evoluzione delle patologie croniche, quindi delle comorbilità, delle complicanze non può essere affrontato se non in modo *sistemico*, tenendo conto di tutti quei fattori che influenzano o interferiscono nella relazione efficace con il

paziente: l'ambiente, il caregiver, il team ecc. Quindi la stessa Comunicazione sistemica, che andremo meglio a precisare più avanti, assolve, una funzione strategica, non soltanto nella popolazione sana, ma anche e, soprattutto, sui pazienti a rischio. Pertanto è essenziale mettere in campo programmi di marketing sociale per sostenere, ad esempio, la diagnosi precoce intesa a prevenire, ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi e a mantenere più a lungo possibile una buona qualità di vita attraverso un invecchiamento attivo e in buona salute. Inoltre, nella popolazione con patologie croniche, viene proposta, dal *Piano per le Cronicità*, la sperimentazione di modalità di intervento che favoriscono lo sviluppo dell'*ability to cope* (capacità di far fronte) e lo sviluppo delle abilità di auto-cura, l'adozione di percorsi di educazione terapeutica strutturata che coinvolgano il paziente e i suoi caregiver, metodi per la formazione e l'informazione delle persone con cronicità e di tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti (es. modello Stanford).

In maniera esplicita il *Piano nazionale delle Cronicità* definisce la comunicazione come uno degli assi portanti per interventi efficaci, efficienti e centrati sui bisogni *globali del paziente*. *Comunicare in modo efficace ed empatico è il presupposto di base per orientare le organizzazioni sanitarie e tutti gli operatori verso i sempre più emergenti scenari di Clinical Humanities*.

Quindi ritornando alle nostre premesse ritroviamo nel Piano che, se da una parte è necessario che *il sistema organizzativo socio-sanitario riesca effettivamente ad attivare leve di sistema, politiche strategiche, gestionali, organizzative, operative, ecc., capaci di ottenere risultati validi sui pazienti e sulle loro storie*, è essenziale *la capacità di entrare in relazione con il paziente conquistare la sua fiducia e guidarlo nell'adottare stili di vita che riducano e rallentino il progredire della patologia*. Si tratta di formare il cosiddetto paziente esperto, che *con il contributo delle Associazioni e del volontariato, sia in grado di gestire la propria qualità di vita al massimo delle sue potenzialità*.

La Comunicazione per l'efficienza del Sistema

A proposito di efficacia nella relazione con il paziente, valga l'esempio del ruolo della comunicazione per favorire la *compliance*, ovvero l'aderenza del paziente alle prescrizioni mediche: secondo alcuni studi americani il 50% degli adulti non segue correttamente la prescrizione dei farmaci a lunga durata, con sprechi di 100 miliardi di dollari l'anno e altrettanti costi indiretti. Solo ¼ dei pazienti completa il ciclo se una terapia ha una durata maggiore di 10 giorni. Può essere ridotto questo spreco e aumentata l'efficacia della cura, aumentando la capacità di persuasione sul paziente? Magari avvalendosi di quelle competenze della comunicazione, verbale, paraverbale e non verbale già insegnate da Ci-

cerone nel *De Oratore*, o imparando meglio a padroneggiare quei mezzi di persuasione, *Ethos*, *Pathos* e *Logos* già indicati nella Retorica di Aristotele?

Non possiamo pensare di ottenere dei risultati né organizzativi, né terapeutici intorno al paziente complesso, trascurando il pieno coinvolgimento della persona, sia esso l'operatore che il paziente stesso. Su questo aspetto insiste anche il Report pubblicato dalla OMS ad aprile 2015 *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence* che dedica la prima linea di intervento all'*Empowering and engaging people*, ovvero al *coinvolgimento attivo partecipato dei pazienti dei familiari e della comunità, anche utilizzando tutte le nuove tecnologie per un rapporto interattivo (share decision making) e consapevole*.

Per quanto riguarda l'organizzazione aziendale, la comunicazione, sia essa verbale, che scritta, che la cosiddetta *Information Communication Technology* rappresentano un elemento determinante per la qualità e la capacità di risposta di un'Azienda sanitaria al paziente (Figura 2). D'altro canto è noto che, se i cittadini non si sentono in grado di valutare la qualità del servizio erogato, si sentono, invece, in diritto di valutare il come questo servizio sia stato prestato⁶ e quindi l'atteggiamento del personale, i tempi di risposta, la fruibilità, la trasparenza, il comportamento del team, l'ambiente: tutti elementi collegati alla comunicazione. Teniamo conto che il 60% dei reclami, i 2/3 degli eventi avversi segnalati⁷ ed il 40% delle richieste di risarcimento nelle Aziende sanitarie⁸ hanno come concausa una cattiva gestione della comunicazione: risposte approssimative, quando non scortesie, carenza di informazioni, parziale compilazione della documentazione sanitaria, passaggi di consegne incompleti, conflitti tra e con operatori o cattiva gestione del rapporto con i caregiver.

E pensiamo al dispendio di energie, quindi di tempo e risorse, nella cattiva e frammentaria gestione



Figura 2. Processo per costruire una strategia di miglioramento della qualità.

dell'informazione e della conoscenza all'interno delle organizzazioni.⁹ Anche le norme sui Sistemi Qualità UNI EN ISO 9001:2015 inseriscono tra i cardini per l'implementazione della qualità totale di un'Azienda sanitaria: la focalizzazione sulla persona assistita, il *commitment*, la partecipazione attiva delle persone, la gestione delle relazioni (oltre all'approccio per processi, il miglioramento, processo decisionale basato sulle evidenze).

L'Engagement

Per costruire un team coeso, ad alte prestazioni, è importante che il personale stesso sia oltre che informato coinvolto, infatti, è dimostrato che i dipendenti molto coinvolti nel loro lavoro (*engaged*) ottengono una performance individuale del 20% superiore alla media e il loro turnover diminuisce dell'87%, che il rapporto con il proprio capo diretto è il fattore singolo più rilevante per decidere se impegnarsi, oppure no, nel proprio lavoro, che il rapporto con il proprio capo diretto ha un impatto quattro volte superiore rispetto ai driver razionali (es: retribuzione) sullo sforzo discrezionale del lavoratore. D'altra parte ogni team deve aver chiari, quando non anche condividere, missione, obiettivo, strategia, ovvero linee guida e priorità, ruoli e processi. Ma alla base di un team di successo ci sono le relazioni: il rispetto e la fiducia reciproca su cui è costruita una collaborazione efficace.

Pertanto, anche nell'ambito organizzativo, dobbiamo rafforzare quelle abilità che possono rendere più efficaci le relazioni, quindi le life skills sia emotive come la consapevolezza di sé, la gestione delle emozioni, la gestione dello stress, sia cognitive: la capacità di risolvere i problemi, il saper prendere decisioni, il senso critico, la creatività, sia sociali, empatia, comunicazione efficace, relazioni efficaci.¹⁰ L'azione e il coinvolgimento emotivo producono neuroplasticità, ovvero la creazione di nuove connessioni nervose, la motivazione e l'apprendimento duraturo (Figure 3 e 4).

Ma come si ottiene il coinvolgimento, l'engagement?

Prima di tutto considerando ogni relazione, ogni scambio comunicativo come un processo globale che non mette in gioco solo aspetti di tipo cognitivo, ma incorpora anche le emozioni, le storie delle persone; afferma Henri Bergson *la comunicazione avviene quando, oltre al messaggio, passa anche un supplemento di anima*. Come nella medicina, da Ippocrate ad oggi, siamo passati dal considerare l'uomo come un marchingegno del quale scoprire il funzionamento, con un approccio meccanicistico, diremmo oggi, riduzionista, del corpo-macchina e della malattia come guasto localizzato in un organo, ad una visione globale, olistica della persona umana, anche nella comunicazione siamo passati da un modello matematico informativo, ad un modello che tiene conto dei pro-

cessi di codifica e decodifica, dell'interpretazione e dei fattori che possono favorire o interferire nella comunicazione (modello semiotico-informazionale e modello semiotico-testuale).

Pochi anni prima, nel 1948 l'OMS, superando il concetto stesso di malattia aveva definito *la salute non soltanto come assenza di infermità, ma è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale*. Sono gli anni in cui la stessa Costituzione in Italia riconosce la

tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e accanto alla tutela della salute afferma il Diritto a non ammalarsi, con la promozione della salute. Si passa da un modello paternalistico: le persone non sono competenti e vengono tutelate dal servizio sanitario, al modello dell'empowerment: le persone sono competenti e il sistema sostiene le loro competenze perché possano effettuare scelte consapevoli e autonome. Così, nell'e-

Table 1. Empowering and engaging individuals and families: key strategies and evidence of their likely impact and potential risks		
Strategies	Examples and evidence of impact	Potential risks
Improving health literacy	Improving health literacy is a common strategy in many countries. Common strategies include mass media campaigns, the development of targeted educational packages and lifestyle programmes supported by schools and care professionals (increasingly supported through new forms of e-health). Strategies that encourage lay, parental and family-led advice and support in local communities have also been adopted. The evidence for positive benefits is strong and includes enabling people to better manage their health conditions and control risk factors associated to changes in lifestyle (see Annex 2).	Low. Empowered individuals may lead to greater demands on health care professionals.
Shared decision-making between people and health care professionals	Promotion of patient and family involvement in decision-making about care and treatment options remains underdeveloped but is becoming a common element of health care in many countries (26, 27). The evidence for positive benefits is strong, with shared decision-making being associated with: the development of more appropriate interventions that better match patient preferences and needs; reduced misdiagnosis; and greater patient satisfaction and independence (see Annex 2).	Low. Challenges the established role of care professionals. Patients may prefer not to make certain decisions, or may have incomplete information if not adequately briefed by health workers.
Giving people access to personal health records	Relatively widespread in advanced economies, for example, Medicare in the USA, but also in low-income contexts where patients hold their own health care records. The evidence for positive benefits is good and indicates that it facilitates shared decision-making, self-care and patient satisfaction (see Annex 2).	Low/Medium. Potential breaches of patient confidentiality.
Supported self-management	Widely used in advanced economies for conditions such as asthma, diabetes mellitus and heart failure (28,29), the evidence is good for improving health status and quality of life, and reducing unnecessary hospital visits and/or hospital readmissions (see Annex 2).	Medium. Self-care requires proactive patients but there is often a lack of willingness, capability and/or information to engage effectively.
Personal care assessments and planning	Comprehensive and holistic assessments of needs, including the development of personalized care plans, have been associated with greater patient satisfaction, improved care coordination and reduced costs (see Annex 2).	Medium/High. Personal care assessments and plans add additional time and costs that might outweigh the benefits of adoption in all but the most complex cases.
Conditional cash transfers linked to health education and/or behaviour change	Used widely, particularly in Latin America, for example, the Oportunidades programme in Mexico (30), among others. The evidence suggests it can support uptake of priority services and induce more healthy behaviours in certain population groups.	High. Requires supply side changes to be effective. May cause unexpected effects, unsustainable behaviours and inequity.

Figura 3. Responsabilizzare e coinvolgere individui e famiglie: strategie chiave, potenziale efficacia e rischi, WHO.

voluzione del concetto di comunicazione siamo passati da un modello unidirezionale, connotato dalla neutralità dell'informazione, dalla totale assenza di ritorno tra i partecipanti, dall'asimmetria dei ruoli privo di qualsivoglia analisi della "situazione comunicativa", allo schema elaborato da Wilburn Schramm nel 1954 in cui l'emittente ed il ricevente, con le loro esperienze e con la loro capacità di interpretazione diventano protagonisti della comunicazione che si forma, che si *costruisce* (costruttivismo) nell'interpretazione. Le informazioni grezze vengono tradotte in rappresentazioni mentali, le persone inseriscono le informazioni percepite all'interno di categorie cognitive, di schemi ed etichette che provocano il riassunto mentale di quell'evento, e che sono dettate¹¹ dalle diverse informazioni che ciascuno di noi ha, dallo stato d'animo, dalle esperienze recenti, dalle caratteristiche individuali, da queste discendono anche l'immagazzinamento delle informazioni ed il loro recupero dalla memoria.

Nei primi modelli di comunicazione il fine era

l'efficienza, intesa come possibilità che il sistema funzioni nel miglior modo possibile, nei modelli semiotico informazionale e semiotico testuale, il fine era l'efficacia, ovvero, il messaggio che veniva trasmesso doveva ottenere la maggiore corrispondenza tra fonte e destinatario. In questo caso si rileva come, nell'atto comunicativo, al di là dell'associazione di unità linguistiche, di significante-significato, intervengono, proprio nella significazione numerosi fattori, molteplici aspetti metalinguistici, come i contesti, le supposizioni, la disomogeneità dei codici, la comunicazione non verbale, la prossemica e la pragmatica.¹²

La *funzione pragmatica* della comunicazione è definita da P. Watzlawick,¹³ tra i fondatori della scuola di Palo Alto, che interpreta la comunicazione come una disciplina della linguistica che si occupa della lingua come azione reale e concreta. Non della lingua intesa come sistema di segni ma osserva come, e per quali finalità la lingua venga utilizzata ed in qual misura soddisfi esigenze e scopi comunicativi, più nello

Table 2. Empowering and engaging communities: key strategies and evidence of their likely impact and potential risks

Strategies	Examples and evidence of impact	Potential risks
Community participation	Community participation in planning and goal setting is a widely used strategy. Examples include for youth violence in Canada (47) and orphans in Kenya (48), among others. The evidence is variable and context-specific, but the approach can help communities examine the underlying factors behind health problems, raise community awareness and support health improvements (45) (see Annex 2).	Medium. Highly influenced by local politics with the potential for "capture" by a dominant elite. May create unpredictable dynamics within local communities.
Community awareness	Interventions that support education and awareness through participatory groups have been shown to improve health outcomes where this is culturally sensitive and targeted to specific health problems. There is evidence for the need to support social networks and social integration (see Annex 2).	Low/Medium. Lack of cultural awareness on what is acceptable to local communities can limit engagement and effectiveness.
Community delivered care	There is good evidence that community health workers and developing the role of local people as partners in care supports better access to care, promotes legitimacy and trust, and offers new opportunities for peer-to-peer learning and strengthened advocacy (see Annex 2).	Low/Medium. Difficult to sustain over time. Requires a new way of working between health professionals and the community.
Patient and user groups	Organizations that represent the views of patients and service users at a national and local level are relatively widespread in high-income countries and offer opportunities for peer-to-peer learning and strengthened advocacy, though the evidence for their influence on care delivery is limited.	Medium. Patient and user groups are not necessarily representative of all groups in society and may be open to "capture" by industry or care providers.
Addressing structural factors that marginalize at risk communities	Widely applied in HIV/AIDS projects that seek to decriminalize needle exchanges or sex work, or stop harassment by police. These approaches address factors that exacerbate health issues such as violence, discrimination and stigma.	Medium. Difficulties in the acceptance of such strategies by both professional groups and communities.

Figura 4. Responsabilizzare e coinvolgere la comunità: strategie chiave, potenziale efficacia e rischi, WHO.

specifico, si occupa di come il contesto influisca nell'interpretazione dei significati. La pragmatica della comunicazione evidenzia inoltre come, ogni processo comunicativo tra esseri umani, sia sempre composto da due dimensioni diverse, ma inseparabili: da un lato il contenuto esplicito, ossia ciò che le parole dicono in base ai significati convenzionali (repertorio di significazione); dall'altro la relazione interpersonale, ossia quello che i parlanti non dicono a parole, ma lasciano intendere a livello verbale e più spesso non verbale, sulla qualità della relazione che intercorre tra loro e sulle aspettative reciproche.

La comunicazione si realizza invero grazie all'atteggiamento, al comportamento, alla reazione dell'interlocutore (passaggio dall'approccio *fisico* a quello psicologico e sociologico).

Sempre presso la scuola di Palo Alto troviamo applicato l'approccio sistemico, infatti, Gregory Bateson, rileva, oltre al concetto di individuo, l'importanza del sistema che lo circonda, un nuovo paradigma, in cui le persone, in relazione reciproca tra di loro, si risintonizzano e ricercano l'equilibrio nel gruppo. Le modalità con cui le persone entrano in relazione e le dinamiche che influenzano la comunicazione sono studiate da P. Watzlawick che le sintetizza in cinque assiomi. Il primo: *Non si può non comunicare*. Il secondo: *La relazione qualifica il contenuto, dove non c'è relazione non c'è contenuto* ovvero la relazione definisce la comunicazione, dove non c'è relazione non c'è comunicazione.

La Comunicazione è relazione

Se per noi il contenuto, la comunicazione, il *munus* che vogliamo condividere, è il prendersi cura e ammettiamo che senza relazione non c'è cura, per la proprietà transitiva, senza comunicazione non c'è cura. A questo punto l'*engagement* non può che passare dalla relazione valga per le relazioni di team, quanto per le relazioni con gli *stakeholders*, quanto e ancor di più, nelle relazioni con il paziente. In realtà, la relazione è all'origine della stessa parola *cura*.

Recuperando, infatti, l'etimologia della parola, come derivato dalla radice dal sanscrito *ku-/kav-* osservare, curare è la responsabilità che segue all'osservazione lo stesso in latino la parola *coera*, risulta usata in contesti di relazioni ed è l'atteggiamento di premura, vigilanza, preoccupazione nella relazione.

Nella relazione quindi la comunicazione non può essere logos, parola, ma dia-logos, non più pensiero unico e monologo, ma pensiero/partecipazione tanto che Jaspers sostiene che *tutto ciò che non si realizza nella comunicazione non esiste*. Il pensiero-partecipazione comune scaturisce da una relazione ed è perciò pensiero dialettico, presupposto fondante della crescita

e sviluppo dell'apprendimento. *Nel 'dialogo' la comunicazione non è trasmissione di informazioni, ma pratica nella quale il significato non si genera dalla enunciazione dell'emittente, ma dalla sistematica cooperazione interpretativa, dalla interazione tra emittente e ricevente.*¹⁴

Fondamentale per creare la relazione diventa, nella comunicazione l'ascolto attivo, l'attenzione all'altro, il *role-taking*,¹⁵ che consiste nel dedicarsi a conoscere i suoi meccanismi di interpretazione, i suoi schemi del feedback cognitivo ed emotivo per riuscire a prevedere l'esito della comunicazione e la possibilità di generare apprendimento.

Conclusioni

La comunicazione in ambito professionale non può essere casuale e spontanea, ma va disciplinata per indirizzare il risultato: *il carattere fondamentale della comunicazione è quello dell'essere un atto guidato nei suoi aspetti generali dalla consapevolezza, un atto caratterizzato dall'intenzionalità.*¹⁶ Il pubblico va previsto. Solo con la *coscienza della coscienza*, la comunicazione consapevole, intenzionale permette di raggiungere il controllo dell'esito dell'atto, dell'iniziativa. In particolare per ottenere l'*engagement* dell'operatore, del cittadino, del paziente, occorre imparare a prevedere la sua reazione e organizzare una risposta positiva piuttosto che provocare una sfavorevole, o subire addirittura una passività improduttiva e dispendiosa. L'abilità di chi comunica consiste, quindi, nel considerare gli schemi rappresentazionali dell'interlocutore, nell'ascoltare la sua storia, costruire le migliori condizioni di *sistema* per coinvolgerlo razionalmente ed emotivamente e metterlo nelle migliori condizioni per interpretare correttamente, ricordare e far propri quei valori e quelle indicazioni che un'Azienda sanitaria ed i suoi operatori devono trasmettere, quei valori intesi, secondo i principi del marketing sociale a produrre la modifica o l'abbandono di comportamenti al fine di ottenere un vantaggio di salute per i singoli individui o per la società nel suo complesso. Così nella comunicazione, così nella Precision medicine, l'approccio innovativo alla malattia e alla prevenzione tengono conto oltre che dell'esperienza del medico e delle linee guida, della variabilità individuale, dell'ambiente e della persona nel suo insieme e la competenza di cura non prescinde dalla competenza comunicativa nelle sue principali dimensioni:¹⁷ informativa, relazionale partecipativa. Pertanto la Comunicazione nelle sue varie accezioni, rappresenta nelle Aziende sanitarie un fattore chiave che, necessariamente trasversale, tra informazione giornalistica, relazioni esterne, marketing sociale sembra finalmente acquisire la propria identità, autonomia e dignità.

Bibliografia

1. Chapman S., Advocacy for public health: a primer” *Journal Epidemiol Community Health*, 2004 May; 58 (5): 361-365.
2. The Triple Aim of Healthcare Reform, 2008.
3. Ministero della Salute, Guadagnare Salute, 2007.
4. OMS, Life skills education in schools, 1992.
5. Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria Piano nazionale della Cronicità, 2016.
6. Bitner M.J., Faranda W.T., Hubbert A.R., et al. Customer Contributions and Roles in Service delivery, *International Journal of Service Industry Management*, 8 (3), 93-205, 1997.
7. Starmer A.J. and al., Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program, *N Engl J Med* 2014; 371:1803-1812.
8. NHS, National Patient Safety Agency. National Reporting and Learning Service, 2010.
9. UNI EN iso 9001/settembre 2015.
10. Goleman D., Working with emotional intelligence, 1998.
11. Squire L. R., Knowlton B., Musen G., The structure and Organisation of memory, in *Annual review of Psychology*, edito da LW Porter e M R Rosenzweig, Palo Alto, CA, Annual Review Inc., 1993, vol. 44, pp 453-95.
12. Bertuccelli Papi M., Che cos'è la pragmatica, Bompiani, Milano, 1993.
13. Watzlawick P., Beavin J., Jackson D., La Pragmatica della comunicazione umana, 1967.
14. Fatelli G.B., Bentivegna S., Teorie della comunicazione, Stampa alternativa, 1995, pag. 29/30.
15. Mead G.H., Self and Society, Università of Chicago Press, Chicago, 1934 (tr.it., *Mente, sè e società*, Firenze, 1966).
16. Ricci P.E., Bitti B. Zani, La comunicazione come processo sociale, Il Mulino, 1983, pag. 25.
17. Rivoltella P.C., Teoria della comunicazione, Editrice La Scuola, Brescia, 2004, p. 50.

LINEE GUIDA PER GLI AUTORI

I *Quaderni dell'Italian Journal of Medicine (Quaderni ITJM)*, costituiscono una collana supplementare **solo online** annessa alla rivista *Italian Journal of Medicine* contenente lavori solo in lingua italiana.

I Quaderni ITJM pubblicano:

- Monografie *ad hoc* individuate dal Presidente FADOI, dal Consiglio Direttivo, dal Board Scientifico o dall'Editor in Chief dell' *Italian Journal of Medicine*, in funzione del contesto scientifico-istituzionale attuale.
- Monografie *ad hoc* su temi di particolare rilevanza scientifica a cura della *Commissione FADOI Giovani*, coordinata dalla Dr.ssa Paola Gnerre.
- Traduzioni in italiano di alcuni lavori pubblicati sui numeri standard dell' *Italian Journal of Medicine*, di particolare interesse per la comunità scientifica. La selezione è a cura dell'Editor-in-Chief, Prof. Roberto Nardi.

STESURA DEI LAVORI

I lavori dovranno essere redatti in modo conforme alle linee guida sotto riportate:

- I manoscritti devono essere scritti *interamente* in lingua italiana, su documento di Word, con *carattere* Times New Roman/Arial, *dimensione* 12, *formato* A4, *interlinea doppia e margini* 2,54 cm. *Parole totali*: max 4000; *Sommario/Abstract*: max 250 parole; *Bibliografia*: min 40 voci; *Tabelle e Figure*: 3/5 totali (le tabelle non devono superare n. 1 pagina del documento in Word).
- La strutturazione del contenuto deve attenersi agli standard internazionali per la Rassegna (*Review*): i) Abstract riassuntivo dell'intero lavoro; ii) Introduzione al tema trattato; iii) Criteri e strumenti di ricerca (criteri di inclusione/esclusione, banche dati consultate, ...); iv) i successivi paragrafi devono illustrare le più recenti scoperte scientifiche nel settore; v) Conclusioni; vi) Bibliografia.
- La prima pagina deve riportare: i) titolo (in stampatello minuscolo), senza acronimi; ii) nome e cognome per esteso di ciascun autore; iii) affiliazione(i) di ciascun autore, numerate con numeri arabi; iv) eventuali ringraziamenti; v) nome e indirizzo postale completi dell'autore corrispondente, corredata da telefono, fax, e-mail; vi) da 3 a 5 parole chiave, separate da virgola. La seconda pagina può riportare: i) contributi degli autori, *e.g.* informazioni relative a contributi sostanziali delle persone coinvolte nello studio (<http://www.icmje.org/#author>); ii) dichiarazione relativa a potenziali conflitti d'interesse; iii) ulteriori informazioni (*e.g.* fondi, esposizioni durante conferenze...).
- In caso di utilizzo di *tabelle*, queste devono essere tutte numerate con numeri arabi e citate nel testo in ordine consecutivo (*e.g.* NON nominare le tabelle come Tabella 1A, 1B, ... o 1.0, 1.1, ...). Le tabelle devono essere presentate in formato editabile. Ciascuna tabella deve essere corredata da una breve didascalia; in caso di abbreviazioni, riportare una nota a piè di CIASCUNA tabella che spieghi TUTTE le abbreviazioni presenti in ognuna.
- In caso di utilizzo di *figure*, queste devono essere inviate in formato .tiff o .jpg, allegate al manoscritto in singoli files, secondo le seguenti specifiche:
 - i) a colori (salvate in modalità CMYK): minimo 300 dpi di risoluzione;
 - ii) in bianco e nero: minimo 600 dpi di risoluzione;
 - iii) minimo 17,5 cm di larghezza.
 Ciascuna figura deve essere corredata da una breve didascalia.

NB: In caso di Tabelle/Figure riprese e/o modificate da altri lavori già pubblicati, sarà cura degli autori accertarsi se tali materiali siano o meno coperti da copyright e procurarsi i permessi necessari per la riproduzione. Tali permessi dovranno essere allegati alla versione definitiva del lavoro. L'ufficio editoriale si riserva la facoltà di rimuovere Tabelle/Figure coperte da copyright, se sprovviste dei necessari permessi.

- In caso di utilizzo di *abbreviazioni*, la prima volta che esse sono citate è necessario scrivere per esteso la definizione+abbreviazione tra parentesi tonde [*e.g.* risonanza magnetica (RMN)], a seguire si dovrà riportare solo l'abbreviazione (*unica eccezione*: nei titoli e nelle didascalie di tabelle e figure NON si utilizzano abbreviazioni).

BIBLIOGRAFIA

Le voci bibliografiche devono essere formattate secondo lo stile *Vancouver*.

Nella sezione Bibliografia, le voci bibliografiche devono essere numerate consecutivamente nell'ordine in cui appaiono per la prima volta nel testo (NON in ordine alfabetico) e, nel testo, devono essere indicate con numeri arabi *in apice*. Voci bibliografiche riferite a comunicazioni personali o dati non pubblicati devono essere incorporate nel testo e NON inserite tra le voci numerate [*e.g.* (Wright 2011, dati non pubblicati) o (Wright 2011, comunicazione personale)].

Le voci bibliografiche nella sezione Bibliografia devono *tassativamente* essere preparate come segue:

- i) più di 3 autori, citare 3 autori, *et al.* Se il lavoro contiene solo 4 autori, citarli tutti e 4;
- ii) titolo del lavoro in stampatello minuscolo;
- iii) nome della rivista, senza punti, abbreviato secondo gli standard internazionali; in caso di dubbi sulla corretta abbreviazione, fare riferimento ai seguenti siti:
 - a. ISI Journal Abbreviations Index (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>);
 - b. Biological Journals and Abbreviations (<http://home.ncicrf.gov/research/bja/>);
 - c. Medline List of Journal Titles (ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J_Medline.txt);
- iv) inserire l'anno di pubblicazione subito dopo il nome della rivista, seguito da punto e virgola;
- v) NON inserire giorno o mese di pubblicazione;
- vi) citare solo il volume, seguito dai due punti (NON citare il fascicolo tra parentesi);
- vii) abbreviare le pagine, *e.g.* 351-8.

Per accertarsi di aver correttamente formattato le voci bibliografiche, confrontarle con le citazioni in PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Esempi (prestare attenzione anche alla punteggiatura):

Articolo standard su Rivista

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347:284-7.

Proceedings

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, eds. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming, 2002 Apr 3-5, Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. pp 182-91.

Articoli i cui autori sono Organizzazioni

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40:679-86.

Libri

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaffler MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. (CITAZIONE DEL LIBRO INTERO)

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. The genetic basis of human cancer. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. pp 93-113. (CITAZIONE DI UN CAPITOLO)

MODALITÀ D'INVIO DEI LAVORI

Monografie

Gli Autori dovranno fare riferimento all'Editor-in-Chief o alle persone da lui designate nelle lettere di invito a scrivere gli articoli programmati.

Per gli articoli inviati da giovani internisti, gli Autori dovranno fare riferimento alla Dr.ssa Paola Gnerre (e-mail: pgnerre@yahoo.it) e agli eventuali altri referenti da lei designati, nelle prime fasi di stesura dei manoscritti, revisioni e correzioni.

La Dr.ssa Gnerre raccoglierà poi le versioni definitive dei lavori di ciascuna monografia e provvederà all'invio di tutti i materiali all'ufficio editoriale.

I lavori solo nella loro versione definitiva e approvata dalla *Commissione FADOI Giovani* dovranno pervenire all'ufficio editoriale già pronti per l'impaginazione e immediata pubblicazione (già *corredati da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini*).

Traduzioni

Previo invito dell'Editor-in-Chief, gli Autori dovranno far pervenire all'ufficio editoriale la *versione tradotta in italiano*, al seguente indirizzo e-mail: paola.granata@pagepress.org

Il file in formato Word dovrà essere formattato secondo gli standard editoriali della rivista ufficiale ed essere già pronto per impagina-

zione e immediata pubblicazione (*corredato da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini*).

Si prega di inviare le eventuali tabelle in formato editabile e le figure in alta definizione secondo gli standard sopra riportati.

NOTA PER GLI AUTORI

I lavori pubblicati sui Quaderni ITJM non verranno indicizzati, ma saranno liberamente disponibili in un'apposita sezione del sito FADOI (<http://www.fadoi.org/>).

Gli Autori i cui lavori siano accettati per la pubblicazione sui Quaderni ITJM e che fossero interessati a vederli pubblicati anche sulla rivista ufficiale, dovranno sottomettere attraverso il sito dell'ITJM (www.italjmed.org) la versione (già tradotta) in inglese e redatta in modo conforme alle linee guida della rivista; seguiranno poi la procedura di selezione tramite peer review e, se accettati, saranno inseriti nel piano editoriale standard.

STAFF EDITORIALE

Paola Granata, Journal Manager
paola.granata@pagepress.org

Claudia Castellano, Production Editor

Tiziano Taccini, Technical Support

PUBBLICATO DA

PAGEPress Publications
via A. Cavagna Sangiuliani 5
27100 Pavia, Italy
T. +39.0382.464340
F. +39.0382.34872



www.pagepress.org
info@pagepress.org

QUADERNI - ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Tutti gli articoli pubblicati sui QUADERNI - *Italian Journal of Medicine* sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa e di altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Le modalità di trattamento saranno conformi a quanto previsto dall'art. 11 del D.Lgs 196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali PAGEPress intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio delle copie della rivista. Il titolare del trattamento dei dati è PAGEPress Srl, via A. Cavagna Sangiuliani 5 - 27100 Pavia, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03.

Editore: PAGEPress srl, via A. Cavagna Sangiuliani 5,
27100 Pavia, Italy
www.pagepress.org

Pubblicato: marzo 2017.