

**Congresso internazionale per studenti e giovani professionisti dell'area biomedica
Con innocenza e con purezza custodirò la mia vita e la mia arte. Realtà o utopia?
Roma, 23-24 ottobre 2010
Policlinico Universitario "Agostino Gemelli"**

III sessione

**LA RELAZIONALITÀ NELLE ATTIVITÀ SANITARIE:
VALORE AGGIUNTO O REQUISITO ESSENZIALE?**

CULTURA DELLA RELAZIONALITÀ: QUALI EFFETTI CLINICI?

Teodoro Marotta

ASL Napoli 1 e Salerno 1, Unità Operativa Assistenza Sanitaria di Base

Introduzione

Abbiamo sentito, nella relazione precedente, che oggi viene attribuito un ruolo di primo piano, nell'esercizio delle professioni sanitarie, alla relazione tra operatore e paziente. Spartaco ci ha anche spiegato che cosa si intende per empatia ed in particolare come essa viene esercitata nelle nostre professioni. Certamente, stabilire un rapporto qualitativamente valido con il paziente comporta dei costi professionali: occorre impegnarsi più a fondo, studiare per acquisire le abilità necessarie, dedicare a ciò tempo ed energie. Ci si può chiedere se ne valga la pena, se tutto ciò produca un vantaggio in termini di risultati terapeutici o non sia per caso un'aggiunta elegante, un orpello che abbellisce il nostro lavoro, di cui ci piace fregiarci, ma che non modifica la sostanza di quello che facciamo e che i pazienti si aspettano da noi. Insomma, ci chiediamo: la relazione è un "oggetto di lusso", che si può lasciare a chi non ha altro da fare, o è davvero, invece, un elemento rilevante del nostro lavoro?

Proviamo a rispondere a questa domanda a partire dalla nostra esperienza ed esaminando che cosa la letteratura scientifica ci insegna sull'argomento. Infatti, nell'epoca della medicina basata sull'evidenza e di una sanità pubblica condizionata da bilanci sempre più stringenti, non basta l'opinione diffusa che qualcosa sia utile, ma occorrono delle prove documentate.

La medicina raggiunge i suoi fini?

Chiedersi se la relazione ha un ruolo nel conseguimento degli scopi della medicina pre-suppone in via preliminare la definizione di tali scopi: che cosa ci proponiamo noi tutti, ciascuno nel suo ruolo, come operatori della sanità? Una risposta in termini comuni può essere: aiutare le persone a vivere di più e meglio. In altre parole, potremmo dire: ridurre il numero dei decessi prematuri e migliorare la qualità di vita. Per la loro stessa natura, questi obiettivi lasciano spazio ad un continuo miglioramento. Possiamo chiederci in quale misura oggi la medicina riesca a perseguirli.

La risposta è complessa, perché varia a seconda delle diverse parti del mondo e delle patologie che si prendono in considerazione; tuttavia consideriamo, a titolo di esempio, l'impatto della terapia sui danni provocati dall'ipertensione arteriosa, per tre motivi: è forse la malattia più diffusa ^{Kearney}; è responsabile di una quota rilevante della mortalità e morbilità totale; per essa sono disponibili terapie molto efficaci in termini di riduzione di morbilità e mortalità. Le evidenze disponibili di questo sono molto ampie e non mi ci soffermo per brevità. Tuttavia, qual è l'effetto generale dell'intervento terapeutico in questo campo?

Si stima che, nonostante l'efficacia comprovata delle terapie disponibili, per l'anno 2001 siano attribuibili globalmente all'ipertensione arteriosa 7.600.000 decessi e 92.000.000 di anni di vita con disabilità ^{Lawes}.

C'è una chiave per il successo terapeutico?

Ci si può chiedere quali siano le ragioni della discrepanza tra l'efficacia degli strumenti a nostra disposizione per la terapia ed un esito così deludente. Tra i vari elementi che possono condurre all'insuccesso terapeutico, il settimo rapporto del Joint National Committee statunitense sulla prevenzione, il rilevamento, la valutazione ed il trattamento dell'ipertensione arteriosa (JNC7) ^{Chobanian} sottolinea l'impegno insufficiente dei medici ad usare tutti gli strumenti a disposizione (inerzia clinica) e la mancata motivazione dei pazienti. Gli autori del rapporto partono dalla considerazione che anche la terapia più efficace, prescritta dal miglior medico, produrrà i suoi effetti solo se il paziente è motivato a seguire le prescrizioni in termini di assunzione di farmaci e di adeguamento delle abitudini di vita. La motivazione migliora se il paziente nutre fiducia nel proprio medico e fa un'esperienza positiva del rapporto con lui: l'empatia "costruisce la fiducia ed è un potente elemento di motivazione".

Ecco dunque comparire, non in un documento prodotto da psichiatri o psicologi, ma nelle linee-guida ufficiali riguardanti una patologia di interesse internistico, un elemento

relazionale: l'empatia. Spartaco ci ha spiegato prima le sue caratteristiche: vedremo ora che essa ha a che fare con le diverse fasi della nostra attività clinica, a partire dall'anamnesi fino al conseguimento degli obiettivi terapeutici.

Il rapporto tra paziente ed operatore sanitario si stabilisce, la maggior parte delle volte, intorno all'evento malattia, che è ovviamente inquadrato secondo prospettive diverse da parte dell'uno e dell'altro. In uno studio realizzato in ambulatori di Medicina Generale, infatti, è stato osservato che il 54% dei problemi ed il 45% delle preoccupazioni dei pazienti non erano rivelati durante la visita, né i medici sollecitavano la loro emersione^{Stewart}. Sempre più oggi si ritiene che questa modalità di comunicazione non sia adeguata al colloquio anamnestico, nel quale occorre fare spazio al paziente, ascoltarlo facendo temporaneamente tacere dentro di sé commenti, critiche, domande e ragionamenti diagnostici mentre egli parla, e saper ordinare i brani di storia, spesso interrotti e qualche volta contraddittori, che egli racconta. Questo approccio "narrativo"^{Hurwitz} consente di cogliere elementi altrimenti inespressi^{Marvel}, spesso cruciali per la diagnosi, apprezzabili solo tenendo conto della prospettiva dalla quale il paziente vive la propria condizione. Si parla oggi, infatti, di "medicina basata sulla narrazione", non in opposizione, ma in parallelo alla medicina basata sull'evidenza statistica e sperimentale. Ed anche l'infermiere, il fisioterapista e gli altri professionisti che sono a contatto diretto col paziente hanno l'opportunità di accogliere elementi narrativi, valutando di volta in volta se è il caso di limitarsi all'ascolto partecipato (che ha già in sé una valenza terapeutica) o di condividere col medico quanto si è appreso, qualora lo si ritenga utile per la diagnosi o per una terapia più efficace.

Con un ascolto impostato così, il paziente percepisce il medico e l'operatore sanitario non più come distante, ma vicino, prossimo, suo simile. Tale percezione non è indifferente per chi vive l'esperienza della malattia. In uno studio condotto negli Stati Uniti su 214 pazienti afferenti a 29 medici di assistenza primaria, è stato osservato che la percezione da parte del paziente di un'affinità personale col medico (a differenza dell'affinità etnica, di età o di sesso), predice il grado di soddisfazione, di fiducia e la volontà di aderire alla terapia. Tale percezione è a sua volta influenzata dalla misura in cui la comunicazione del medico è centrata sul paziente, mediante l'erogazione di informazioni, il supporto personale ed il coinvolgimento nella gestione dei problemi^{Street}.

Ecco definiti, allora, *i tre obiettivi del colloquio clinico*: non solo *raccogliere le informazioni necessarie*, ma anche *costruire il rapporto* attraverso un ascolto empatico^{Bellet} e *fornire al paziente le nozioni utili a gestire il suo problema*^{Barrier}.

Oltre la fiducia

Abbiamo visto come un rapporto correttamente ed efficacemente impostato nel colloquio anamnestico è la premessa migliore per ottenere la fiducia del paziente e costituisce un elemento importante per guadagnarsi la sua soddisfazione, ed anche la nostra. È questo il cardine dell'*alleanza terapeutica*, cioè del coinvolgimento del paziente (ed eventualmente della sua famiglia) nel raggiungimento di obiettivi condivisi. Ma al di là di questi elementi soggettivi, c'è un vantaggio concreto, misurabile, in termini di risultati terapeutici? L'investimento di tempo ed energie necessario per costruire un rapporto empatico ci avvicina al conseguimento di quei fini della medicina che abbiamo individuato all'inizio?

In un'osservazione personale, lo studio ICON, abbiamo valutato l'efficacia in termini di prevenzione cardiovascolare di un approccio basato sul rapporto empatico nei confronti di 503 pazienti anziani di basso livello socioculturale afferenti a due ambulatori di Medicina Interna del Servizio Sanitario Nazionale situati in rioni popolari della città di Napoli. L'età avanzata ed il basso livello socioculturale sono fattori notoriamente associati ad una scarsa adesione alla terapia. Sono state adottate le misure suggerite dal JNC7 per fornire ai pazienti un rinforzo empatico, riassunte nella tabella. Ma soprattutto, si è cercato di praticare l'ascolto empatico, secondo i principi enunciati prima. Ciò ha condotto alla diagnosi di numerose condizioni di rischio cardiovascolare misconosciute ed al miglioramento significativo del profilo di rischio ^{Marotta}.

In un altro lavoro, condotto nel Texas, è stata studiata la relazione tra abilità comunicativa del medico e controllo del diabete mellito. La competenza nella comunicazione di 40 medici di medicina generale era valutata con un punteggio assegnato esaminando le registrazioni delle loro visite a 155 diabetici. I livelli di emoglobina glicata (il parametro biochimico fondamentale per valutare il controllo del diabete) sono risultati minori (cioè, il controllo del diabete era migliore) nei pazienti seguiti dai medici con maggiore competenza comunicativa. Tale dato era riproducibile anche nel solo sottogruppo dei pazienti ispanici, suggerendo che i pazienti più svantaggiati si giovano particolarmente di una comunicazione di qualità ^{Parchman}.

È quello, come dicevo, che abbiamo potuto osservare anche nei pazienti dello studio ICON. E al di là dei dati quantitativi che ho mostrato, sono innumerevoli gli esempi che ho avuto personalmente di quanto il rapporto possa influire sulla terapia. Rivedo la giovane Fortuna (i nomi che riferisco, naturalmente, non sono quelli reali, così come le

immagini), che ho seguito dall'età di 15 anni, quando pesava oltre 90 chili. Era un po' labile psicologicamente e ricordo come era delicato l'equilibrio da ricercare tra il farle capire la necessità di una condotta alimentare corretta e quella di non scoraggiarla circa la possibilità di riuscire. E mi è presente come oggi la sua gioia ed il suo abbraccio di un paio di anni dopo, quando, dopo aver acquistato un aspetto decisamente migliore, mi comunicò con gioia che si era fidanzata.

E la signorina Gemma, che ha 84 anni e che seguo da 14: sola al mondo, cresciuta in un orfanotrofio di suore a Pompei, vive in compagnia di numerosi gatti e canarini. La prima volta venne per un'anemia, ma, visitandola, le ho scoperto l'ipertensione e da allora la seguo per questo. Sostiene che è stata proprio la Madonna di Pompei a farmela incontrare, in modo che potessi aiutarla. Ora che è passato qualche anno, il suo udito si è indebolito, ma sempre mi racconta dei suoi uccellini e delle vicine. Tiene molto a venire prima di Natale e di Pasqua, per portarmi dei cioccolatini o qualcos'altro, che vuole metta subito in borsa, in modo che nessuno lo sappia.

Ed il signor Giovanni: quando lo conobbi, tre o quattro anni fa, quasi non parlava, lasciando dire tutto alla moglie: era lì, disse, solo perché lei aveva insistito molto a farlo venire. Sembrava disinteressarsi di sé, tutto preso dal lavoro di artigiano e dal suo unico passatempo, il fumo, che insieme con pressione alta e colesterolo gli stava rovinando la salute. Col tempo, cercando e ricercando una via di comunicazione, sono riuscito a far breccia. Ha cominciato a venire a controllo anche senza la moglie, a seguire la dieta iposodica, a prendere i farmaci e - incredibile - ha smesso di fumare!

Un altro ambito nel quale è stato studiato l'effetto della relazione medico-paziente è quello delle malattie infettive gravi. Diversi studi, in particolare, sono stati dedicati all'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV). In uno di essi è stato valutato quanto il sentirsi "considerati come persone" dal proprio medico aiutasse questi pazienti a seguire la terapia. Dei 1743 pazienti intervistati, coloro che si sentivano considerati come persone avevano una maggiore probabilità di ricevere la terapia antiretrovirale, di aderirvi e di avere livelli serici non misurabili di RNA virale. ^{Beach}.

Questi esempi ci indicano che una relazione ben impostata con il paziente può sortire effetti molto concreti, che vanno al di là del grado di fiducia e di soddisfazione. Ma anche questi parametri non vanno sottovalutati, non solo in termini di gratificazione soggettiva, ma anche di significato concreto. Uno studio recentissimo, condotto negli Stati Uniti, ha avuto l'obiettivo di determinare se il grado di soddisfazione di circa 6500 pazienti ricoverati in Ospedale per infarto miocardico fosse correlato con gli esiti della terapia. Si

è visto che i pazienti con un punteggio più alto ai questionari che valutavano il loro grado di soddisfazione avevano la mortalità più bassa, anche correggendo l'analisi statistica per diversi fattori confondenti. Da ciò si comprende che i pazienti sanno ben distinguere ciò che veramente è loro utile da ciò che non lo è. Inoltre, la qualità dell'assistenza infermieristica era il principale determinante del loro grado di soddisfazione ^{Glickman}.

Anche gli studenti possono svolgere un ruolo concreto nel migliorare il rapporto con i pazienti. In uno studio pubblicato quest'anno, condotto in Germania, è stato osservato che la partecipazione attiva di studenti dell'ultimo anno di Medicina nell'assistenza di pazienti ricoverati in un reparto universitario veniva ritenuta positiva dal 79% dei pazienti e che la qualità generale dell'assistenza era da essi considerata migliorata, rispetto a quella percepita da pazienti ricoverati in altre strutture ^{Scheffer}.

Come si può comprendere da questi brevi accenni, gli elementi relazionali presi in esame e gli esiti clinici valutati nei diversi studi sono molto vari. Per tale motivo, non è stato finora possibile elaborare una metanalisi formale quantitativa dei lavori pubblicati. Tuttavia, revisioni sistematiche della letteratura hanno evidenziato una correlazione significativa tra efficiente comunicazione medico-paziente e miglioramento degli esiti clinici. In una di queste revisioni, sia la qualità della comunicazione durante la parte della visita dedicata all'anamnesi, sia la discussione del piano di gestione della malattia risultava influire sulla salute del paziente in termini di stato emozionale, risoluzione dei sintomi, funzionalità, controllo del dolore, misure fisiologiche come pressione arteriosa e glicemia ^{Stewart}.

In un'altra revisione sistematica ^{Di Blasi} si è visto che laddove i medici adottavano uno stile caldo ed amichevole di relazione con i loro pazienti, rassicurandoli circa le loro prospettive di salute, si ottenevano i risultati clinici migliori.

Conclusioni

Da quanto esposto si può concludere che un'assistenza di buona qualità richiede non solo la prescrizione di un trattamento efficace, ma anche una buona comunicazione e lo sviluppo della fiducia, che è favorito dall'empatia ^{Neuwirth}.

L'aforisma secondo il quale “non esiste la malattia, ma il malato” esprime una realtà evidente, poiché ciascuno fa un'esperienza unica dello “star male”. Per assicurargli gli indubbi benefici della Medicina moderna, è certamente nostro dovere estrarre dalla narrazione del paziente ciò che lo accomuna agli altri, inquadrandolo come un “caso clinico”; tuttavia, se facciamo solo questo, lo disumanizziamo, non lo trattiamo come per-

sona e, invece di aiutarlo, possiamo in realtà aumentare la sua sofferenza^{Brody}. Nostro compito è apprezzare l'unicità e l'irripetibilità della persona che ci sta di fronte^{Lubich}, senza spostare il fuoco dell'indagine clinica dagli aspetti ripetibili e biologici della malattia.

Unicità e riproducibilità: due poli apparentemente opposti, ma integrabili da un rapporto correttamente impostato tra curante e paziente. Sono i due poli tra i quali si muove la Medicina: disciplina singolare, a cavallo tra le Scienze umane e quelle positive^{Hurwitz}, perché più di ogni altra ha a che fare contemporaneamente con il mondo fisico e con quelli psicologico, sociale e spirituale. Chi la esercita deve necessariamente usare il rigore logico del metodo matematico-statistico e la duttilità, la capacità d'introspezione e d'immedesimazione che solo le scienze umane ed una profonda interiorità aiutano a sviluppare.

La Medicina si rivela, così, contemporaneamente una Scienza ed un'Arte^{Greenhalgh}. Qui, forse, risiede il fascino di una professione che sempre più si va confermando essere pienamente se stessa solo se orientata all'uomo.

Bibliografia

Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365:217-223.

Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration; Neal B, MacMahon S, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2000; 356: 1955-1964.

Antikainen RL, Moltchanov VA, Chukwuma C Sr, Kuulasmaa KA, Marques-Vidal PM, Sans S, Wilhelmsen L, Tuomilehto JO, for the WHO MONICA Project. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension: the WHO MONICA Project. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13, 13-29.

Lawes CMM, Vander Hoorn S, Rodgers A, for the International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet* 2008; 371: 1513-1518.

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003; 42: 1206-1252.

Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152: 1423-1433.

Haidet P, Paterniti DA. "Building" a history rather than "taking" one: a perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med* 2003; 26: 1131-1132.

Hurwitz B. Narrative and the practice of medicine. *Lancet* 2000; 356: 2086-2089.

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999; 281: 283-287.

Street RL Jr, O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient-physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *Ann Fam Med* 2008; 6: 198-205.

Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA* 1991; 266: 1831-1832.

Barrier PA, Li JT, Jensen NM. Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 211-214.

González-González AI, Dawes M, Sánchez-Mateos J, Riesgo-Fuertes R, Escortell-Mayor E, Sanz-Cuesta T, Hernández-Fernández T. Information needs and information-seeking behavior of primary care physicians. *Ann Fam Med*. 2007; 5: 345-352.

Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-696.

Heath I. Following the story: continuity of care in general practice. In: *Narrative Based Medicine, a cura di T. Greenhalgh e B. Hurwitz*, BMJ Books, London 1998 (pp. 83-92).

Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Cleary PD. How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *J Gen Intern Med* 2002;17: 29-39.

Marotta T, Viola S, Ferrara F, Ferrara LA. Improvement of cardiovascular risk profile in an elderly population of low social level: the ICON (Improving Cardiovascular risk profile in Older Neapolitans) study. *J Hum Hypertens* 2007; 21: 76-85.

ML Parchman, Flannagan D, Ferrer RL, Matamoras M. Communication competence, self-care behaviors and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Patient Educ Couns* 2009; 77: 55-59.

Beach MC, Keruly J, Moore RD. Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *J Gen Intern Med* 2006; 21: 661-665.

Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, Ohman EM, Peterson ED, Schulman KA. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010; 3: 188-195.

Scheffer C, Edelhäuser F, Tauschel D, Riechmann M, Tekian A. Can final year medical students significantly contribute to patient care? A pilot study about the perception of patients and clinical staff. *Med Teach* 2010; 32: 552-557.

Di Blasi Z et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757-762.

Neuwirth ZE. Physician empathy - Should we care? *Lancet* 1997; 350: 606.

Brody H. Foreword. In: *Narrative Based Medicine, a cura di T. Greenhalgh e B. Hurwitz*, BMJ Books, London 1998 (pp. xiii-xv).

Lubich C. Una via nuova: la spiritualità dell'unità. Città Nuova, Roma 2002, pp. 97-112.
Sackett DL et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. Br Med J 1996; 312: 71-72.
Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based world. In: Narrative Based Medicine, a cura di T. Greenhalgh e B. Hurwitz, BMJ Books, London 1998 (pp. 247-265).

Via Cesare Battisti, 15 - 80134 Napoli
teodoro.marotta@libero.it