

Art. 3

La rettifica di che trattasi sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 24 settembre 2013.

DI STEFANO

Allegato

GRADUATORIA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
ANNO 2013

Cardiologia

- 1) Maio Calogero, nato il 19 luglio 1973, residente in via Montepellegrino n. 179 - 90142 Palermo - specializzazione il 24 novembre 2008: punti 16,257;
- 2) Puccio Danilo, nato il 2 settembre 1977, residente in viale Regione Siciliana Nord-Ovest n. 2629 - 90145 Palermo - specializzazione il 4 dicembre 2007: punti 13,371;
- 3) D'Amato Antonino, nato il 29 aprile 1978, residente in via Galliano n. 18 - 90143 Palermo - specializzazione il 4 dicembre 2007: punti 13,026;
- 4) Ingianni Nadia, nata il 4 dicembre 1977, residente in via Roma n. 147 - 91025 Marsala - specializzazione il 30 novembre 2006: punti 12,596;
- 5) Ribauda Eleonora, nata il 25 luglio 1959, residente in via Francesco Laurana n. 10 - 90143 Palermo - specializzazione il 18 dicembre 1989: punti 12,218;
- 6) Fazio Giovanni, nato l'11 giugno 1978, residente in via Albiri n. 3/A - 90125 Palermo - specializzazione il 30 novembre 2006: punti 10,284;
- 7) Amodio Alessandra, nata il 23 luglio 1976, residente in via Roma n. 59/A - 90133 Palermo - specializzazione il 9 novembre 2004: punti 9,942;
- 8) Lo Presti Loredana, nata il 3 agosto 1950, residente in via D'Annunzio n. 26 - 90144 Palermo - specializzazione il 30 novembre 1978: punti 9,519;
- 9) Fernandez Dalila Caterina, nata il 20 luglio 1976, residente in via Walter Cusina n. 10 - 90011 Bagheria - specializzazione il 31 ottobre 2005: punti 9,282;
- 10) D'Amico Teresa, nata il 6 gennaio 1978, residente in via Santa Caterina da Siena n. 12 - 90011 Bagheria - specializzazione il 30 novembre 2006: punti 9,270;
- 11) Valenti Amelia, nata il 19 novembre 1980, residente in via Gustavo Ricevuto n. 4 - 91100 Trapani - specializzazione il 6 settembre 2011: punti 9,144;
- 12) Braschi Annabella, nata il 20 novembre 1972, residente in via Col. Romei n. 7 - 91100 Trapani - specializzazione il 30 ottobre 2002: punti 9,126;
- 13) Rizzo Marco, nato il 27 marzo 1982, residente in via Crocifisso a Pietratagliata n. 40 - 90135 Palermo - specializzazione il 6 settembre 2011: punti 9,069;
- 14) Modica Maria Teresa, nata il 10 febbraio 1970, residente in via Noto n. 34 - 90141 Palermo - specializzazione il 16 novembre 1998: punti 9,042;
- 15) Botindari Giovanni, nato il 28 febbraio 1952, residente in via Siracusa n. 32 - 90141 Palermo - specializzazione l'11 dicembre 1980: punti 9,000;
- 16) Piraino Elisa, nata il 16 febbraio 1974, residente in via Adolfo Holm n. 3 - 90145 Palermo - specializzazione il 3 dicembre 2002: punti 9,000;
- 17) Barone Giuseppe, nato il 30 settembre 1975, residente in contrada Avila via G. Gorgone n. 48 - 91011 Alcamo (TP) - specializzazione il 4 dicembre 2007: punti 9,000;
- 18) Terrazzino Gabriella Maria, nata il 6 aprile 1974, residente in via Nazionale n. 203 - 92015 Raffadali (AG) - specializzazione il 24 novembre 2008: punti 9,000;
- 19) Caronia Alessandra, nata il 19 luglio 1978, residente in viale Michelangelo n. 1004 - 9015 Palermo - specializzazione l'1 dicembre 2009: punti 9,000;
- 20) Pipitone Sergio, nato il 23 aprile 1979, residente in corso Calatafimi n. 80 - 90129 Palermo - specializzazione il 6 settembre 2011: punti 9,000;

21) Incao Francesca, nata il 15 giugno 1971, residente in via Fisco Paolo Perez n. 60/G - 90127 Palermo - specializzazione il 30 ottobre 2002: punti 8,867;

22) Spataro Giuseppe, nato il 27 giugno 1949, residente in via L. da Vinci n. 302 - 90135 Palermo - specializzazione il 13 dicembre 1983: punti 8,032;

23) Zizzo Sebastiano, nato il 24 gennaio 1951, residente in via Papa Giovanni XXIII n. 103 - 90011 Bagheria - specializzazione il 19 luglio 1979: punti 8,000;

24) Fasciana Maria Assunta, nata il 4 giugno 1950, residente in via Libertà n. 58 - 90143 Palermo - specializzazione il 17 dicembre 1981: punti 8,000;

25) Spinelli Salvatore, nato il 5 agosto 1957, residente in via Castelforte n. 40 - 90146 Palermo - specializzazione il 13 dicembre 1986: punti 8,000;

26) Amorino Rosa, nata il 22 settembre 1966, residente in via S.S. 187 n. 16/B - 90040 Trappeto - specializzazione il 16 novembre 1998: punti 8,000;

27) Floresta Agata Marina, nata il 15 maggio 1958, residente in via Papa Sergio n. 12 - 90142 Palermo - specializzazione il 23 novembre 1999: punti 8,000;

28) Rizzo Caterina Maria Carmela, nata il 18 ottobre 1956, residente in via Walter Cusina n. 10 - 90011 Bagheria - specializzazione l'1 dicembre 1988: punti 7,000;

29) Mingoia Achille, nato il 23 giugno 1961, residente in via Terrasanta n. 106 - 90141 Palermo - specializzazione il 22 dicembre 1992: punti 7,000;

30) Randazzo Riccardo, nato il 26 novembre 1963, residente in via Filippo Turati n. 6 - 98050 Terme Vigliatore (ME) - specializzazione il 4 novembre 1997: punti 7,000;

31) Puléo Antonio, nato il 22 luglio 1950, residente in via G. Di Marzo n. 27 - 90144 Palermo - specializzazione il 13 dicembre 1986: punti 6,101;

32) Notaro Lucio, nato il 20 maggio 1952, residente in via Michele Titone n. 61 - 90129 Palermo - specializzazione l'11 dicembre 1979: punti 6,000;

33) Carmina Maria Gabriella, nata il 7 aprile 1957, residente in piazza Leoni n. 69 - 90143 Palermo - specializzazione il 20 dicembre 1984: punti 6,000;

34) Bruno Girolamo, nato il 17 dicembre 1946, residente in via Isonzo n. 12 - 90144 Palermo - specializzazione il 27 giugno 1978: punti 5,205;

35) Albanese Daniele, nato il 17 giugno 1949, residente in via Ausonia n. 31 - 90144 Palermo - specializzazione il 30 novembre 1978: punti 5,000;

36) Lipari Salvatore, nato il 3 gennaio 1951, residente in viale Europa n. 319 - 90036 Misilmeri - specializzazione il 5 novembre 1992: punti 5,000.

(2013.40.2309)102

DECRETO 30 settembre 2013.

Approvazione e adozione della "Guida per il paziente che si ricovera in ospedale" e del documento "La relazione tra paziente e medico in ospedale".

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto l'art. 12 bis, c. 9, del D.LGS. 30 dicembre 1992, n. 502;

Vista la convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano nell'applicazione della biologia e della medicina, fatta ad Oviedo il 4 aprile 1997;

Visto il Piano sanitario nazionale 2011-2013, che al punto 1.2.4. "Rapporto con i cittadini e partecipazione degli utenti" prevede che il coinvolgimento del paziente nella propria cura, riabilitazione e reintegrazione, è alla base del processo di empowerment e dunque richiede l'individuazione di opportune strategie che tengano conto dell'efficacia, della sicurezza, della sostenibilità e dell'equità delle cure, oltre che delle caratteristiche demografiche e culturali

del paziente, della sua storia e personalità, individuando come obiettivo prioritario lo sviluppo e la promozione di strumenti di coinvolgimento dei cittadini e pazienti;

Visto il PSR - Piano della salute 2011-2013 che prevede che la Regione si impegni a promuovere il coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti e ad attivare un programma per la promozione di una nuova cultura della sicurezza che consideri il coinvolgimento dei pazienti quale componente fondamentale dei processi assistenziali al fine di rafforzare il rapporto di fiducia tra il cittadino e il sistema sanitario;

Considerato che lo stesso Piano prevede che la Regione si impegni a migliorare la comunicazione nei confronti dei pazienti e/o loro familiari;

Visto il D.A. n. 2357/11 del 18 novembre 2011 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Istituzione del Comitato regionale di bioetica (Co.Re.B.)";

Considerato che il Co.Re.B. fornisce consulenza nelle funzioni di indirizzo politico ed amministrativo nel campo della ricerca e dell'assistenza socio-sanitaria, e, in particolare al controllo della qualità dei servizi con riferimento ai processi di umanizzazione delle cure;

Considerata l'importanza della relazione e comunicazione dei medici e degli altri operatori sanitari con i pazienti e i loro familiari in risposta alla vitale esigenza di informare sulla diagnosi, la prognosi e i programmi di terapia, e di esplorare e per quanto possibile alleviare le ansie e le emozioni indotte dalla malattia;

Considerata la necessità di dover provvedere a quanto sopra riportato, il Co.Re.B. ha realizzato due documenti: "La relazione tra paziente e medico in ospedale" e relative note e "Guida per il paziente che si ricovera in ospedale" (di seguito Documenti), finalizzati al miglioramento del rapporto tra i pazienti e il personale sanitario;

Visto che nella seduta del 29 giugno 2013, all'unanimità, il Comitato regionale di bioetica ha approvato entrambi i documenti;

Visto il parere favorevole della Consulta regionale della sanità espresso il 31 maggio 2013 con nota n. 49517 dell'11 giugno 2013;

Considerato che il miglioramento della relazione medico-paziente costituisce obiettivo del piano di consolidamento e sviluppo 2013-2015;

Ritenuto di dover adottare i documenti e di procedere alla loro adozione e divulgazione su tutto il territorio della Regione;

Considerato che la diffusione passiva dei documenti alle aziende sanitarie sarebbe una strategia inadeguata ad aiutare i pazienti e i sanitari a stabilire un rapporto umano reciprocamente valido;

Ritenuto di dover associare alla diffusione dei documenti anche un relativo e specifico programma di implementazione e successivamente di doverne valutare l'efficacia;

Decreta:

Art. 1

Sono approvati la "Guida per il paziente che si ricovera in ospedale", il documento "La relazione tra paziente e medico in ospedale" che costituiscono parte integrante del presente decreto e che saranno oggetto di specifico programma di implementazione.

Art. 2

Le aziende sanitarie pubbliche e private adottano i documenti per i pazienti e per gli operatori sanitari e pro-

muovono tutte le attività necessarie alla loro divulgazione e partecipano attivamente al programma di implementazione secondo le indicazioni che saranno fornite dall'Assessorato della salute.

Art. 3

Il presente decreto verrà inviato alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per l'integrale pubblicazione in parte prima e nel sito istituzionale dell'Assessorato della salute.

Art. 4

Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione.

Palermo, 30 settembre 2013.

BORSELLINO

Allegati

Regione Siciliana
Assessorato della salute



GUIDA PER IL PAZIENTE CHE SI RICOVERA IN OSPEDALE

*"Il medico che vorrei:
mi lascia raccontare la mia storia e veramente mi ascolta
è interessato a me come persona
mi spiega le cose con chiarezza e risponde alle mie domande
mi coinvolge nelle decisioni
mi dice la verità ma non mi toglie la speranza
stabilisce un buon rapporto con i miei familiari"*

CARE

Premessa

Gentile Signore/Signora, questa guida nasce per fornirLe informazioni che possono esserLe utili durante l'accoglienza in reparto, durante la degenza e al momento della dimissione. Fra queste informazioni sono particolarmente importanti quelle che riguardano il rapporto che Lei avrà con il personale sanitario, e in particolare con i medici e gli infermieri, che sono quelli che Le saranno più vicini.

1. Accoglienza in reparto

L'ingresso in reparto è preceduto dalle attese per il ricovero o per la visita prericovero in Pronto Soccorso. Sono attese che si svolgono spesso in ambienti disagiati e affollati dove i pazienti aspettano anche per ore un turno segnato su inaffidabili elenchi cartacei, e dove hanno difficoltà nell'identificare il personale a cui chiedere informazioni sui tempi di ricovero o sull'assegnazione al reparto di competenza. Si tratta di problemi che riguardano le direzioni dell'ospedale, ma che medici e infermieri spesso imparano a conoscere, e che potrebbero con insistenza segnalare alla direzione sanitaria o all'ufficio relazioni con il pubblico¹.

Giunto in reparto, Lei riceverà dal caposala o da un infermiere le informazioni essenziali sulla sala in cui si ricovera, sui bagni e sul funzionamento del reparto. Se il reparto fosse affollato, il Suo ricovero non potesse essere differito e Lei dovesse essere provvisoriamente ricoverato in barella, chiedi che il passaggio a un posto letto sia quanto più sollecito è possibile, che la barella sia relativamente comoda (larghezza, spessore del materassino) e che sia particolarmente curata l'attenzione per evitare cadute. Non abbia remore a chiedere informazioni e chiarimenti se ritiene di averne bisogno.

Controlli che le informazioni su di Lei pervenute al reparto siano corrette (nome, cognome, data di nascita, peso e altezza, codice fiscale); riferisca al medico o all'infermiere e chiedi che sia trascritto in

cartella il nome del Suo medico di medicina generale, e come raggiungerlo (telefono, fax, posta elettronica): il Suo medico può fornire informazioni aggiuntive alla Sua storia clinica.

Non dimentichi di portare con sé la documentazione sulla sua salute di cui è in possesso (relazioni di ricovero, esami, radiografie, ricette, altro) anche se non sembrano in rapporto con la malattia per cui si ricovera.

La Sua storia.

- La storia che Lei racconta al medico è la fonte d'informazione più importante (più degli esami di laboratorio, di una eventuale TAC e di altro) per fare la diagnosi della Sua malattia (se non è ancora nota) e per prescrivere la cura. Perciò: riferisca al medico se ha malattie croniche, ed eventualmente quali sono, da quanto tempo, come sta ora; quali medicine prende, compresi eventuali prodotti omeopatici o di banco (per esempio: lassativi, tranquillanti, sonniferi), oppure a base di erbe; non dimentichi di riferire eventuali allergie, effetti dannosi di medicine prese in passato, o reazioni a mezzi di contrasto, oppure strumenti medici di cui è portatore (per esempio, pacemaker, stent vascolari). Porti e mostri al medico risultati di precedenti visite mediche, referti di esami, relazioni di dimissione da ospedali o altri luoghi di cura e quant'altro ritiene di interesse sanitario.
- Non si meravigli se il medico Le fa domande che riguardano la Sua famiglia, il Suo lavoro, la Sua casa, la Sua opinione sulle cause del Suo stare male, i motivi che L'hanno indotta al ricovero: queste domande indicano che il medico che L'ha accolta in ospedale è un bravo medico e che s'interessa a Lei come persona e non solo come ammalato.
- Non si meravigli se il medico torna su qualche particolare della Sua storia nei giorni seguenti: vuol dire che ha riflettuto su quello che Lei gli ha raccontato, e Le chiede chiarimenti e integrazioni che possono essere importanti.

Nel caso che Lei abbia preso da internet informazioni o indicazioni sul suo stato di salute, ne parli con il medico, e gli chieda commenti o chiarimenti. Si ricordi che non tutto quello che si trova in internet è affidabile e che comunque le informazioni e indicazioni che ha trovato, anche se corrette, possono essere non appropriate per lei.

2. Degenza: informazioni utili

Medici. Avrà cura di Lei l'intero gruppo di medici in servizio nel reparto in cui Lei è degente, e se il reparto è ben organizzato le decisioni che La riguardano (procedure diagnostiche, trattamenti, etc) saranno discusse e condivise all'interno del gruppo. Identifichi i medici del gruppo dalla targhetta con foto che per obbligo di legge essi portano sul camice o sulla divisa. Lei ha il diritto sapere il nome di chi l'assiste; e inoltre, usare il nome di chi l'assiste nel chiamarlo o nel colloquio personalizza il vostro rapporto. All'interno di quel gruppo, Lei avrà un medico come principale responsabile della Sua assistenza, che per ragioni di turno, di ferie o di assegnazione ad altri compiti potrà essere sostituito da altri. Chieda comunque che ogni mattina ci sia un medico che venga a rendersi conto delle Sue condizioni, dei risultati degli esami e delle cure che ha ricevuto: è il medico al quale più che ad altri Lei può chiedere le informazioni che La interessano. Nei giorni festivi potrà venire a verificare le Sue condizioni il medico di guardia o un medico di turno. Nei reparti chirurgici il Suo medico potrà essere impegnato in sala operatoria e potrà essere un altro medico a verificare le Sue condizioni. Il medico di guardia del Suo reparto (o condiviso fra più reparti) interverrà per soccorrerLa al bisogno nelle ore notturne o in giorni festivi, in genere chiamato da uno degli infermieri di turno.

Infermieri. Anche gli infermieri portano sulla divisa la targhetta con foto, con le stesse conseguenze favorevoli riportate a proposito dei medici. I compiti degli infermieri sono due, l'uno e l'altro essenziali per la Sua vita in ospedale. Il primo compito consiste nell'eseguire procedure tecniche, di vario impegno, di cui durante la degenza Lei potrà avere bisogno: per esempio, fare un prelievo venoso o un trattamento endovenoso, montare e regolare una fleboclisi, introdurre un catetere vescicale, accompagnarla in bagno, o eventualmente provvedere alla Sua pulizia se come accade il numero di operatori socio-sanitari in servizio nel reparto è insufficiente. Il secondo compito consiste nella sorveglianza delle Sue condizioni giorno e notte, intervenendo direttamente oppure chiamando il medico più vicino o il medico di guardia se Lei sta male e ha bisogno di aiuto. Per svolgere bene questi compiti è necessario che gli infermieri siano in numero sufficiente (e questo non sempre è vero) e che abbiano una competenza che raggiungono attraverso l'esperienza e tre anni di preparazione universitaria. Ma non solo: sono compiti che richiedono anche comprensione, capacità di comunicazione e vicinanza umana verso i pazienti (quella che si chiama empatia). Gli infermieri generalmente posseggono queste doti, come indica l'osservazione che sono rari i reclami agli organi di controllo per mancanza di rispetto o cattiva comunicazione nei confronti degli infermieri.

I prelievi di sangue per gli esami di laboratorio vengono eseguiti dagli infermieri la mattina, prima della visita; se però alla visita il medico ritiene opportuni altri esami, i prelievi necessari potranno essere eseguiti più tardi, senza perdere un giorno rimandandoli all'indomani.

Esami che richiedono lo spostamento dalla sala di degenza (per esempio: esami di imaging, endoscopie): chiedi di essere informato al mattino degli esami in programma per la giornata.

Se Le verranno proposti esami invasivi o a rischio (per esempio esami radiologici o biopsie) il medico La farà partecipare attivamente alla decisione di eseguirli, spiegandone l'utilità per la diagnosi e/o la terapia e discutendone con Lei. Solo dopo averne discusso con Lei il medico Le chiederà di firmare un *consenso informato*. Se le informazioni non Le sono chiare, prima di dare per iscritto il Suo consenso non abbia remore a chiedere un ulteriore colloquio con il medico, in modo da ricevere le informazioni e i chiarimenti che ritiene utili.

Se Le verrà prescritta una nuova cura da iniziare in ospedale, il medico Le spiegherà in modo adeguato gli scopi, il beneficio atteso e gli eventuali rischi/inconvenienti della cura prescritta; se la cura è invasiva o a rischio, Le sarà chiesto di firmare un consenso informato, firma per la quale valgono le indicazioni sopra specificate.

Segnali al Suo medico e/o al caposala eventuali inconvenienti (per esempio: bagni sporchi, disturbi non motivati del riposo notturno, cattiva qualità dei pasti) oppure mancanza di rispetto e di cortesia, difetti di comportamento, povertà di informazioni e di comunicazione da parte di medici o infermieri. Se il difetto è grave o non è stato recepito all'interno del reparto, Lei può indirizzare un reclamo scritto all'ufficio relazioni con il pubblico (URP).

3. Raccomandazioni e comportamento

Non fumi in nessuno degli ambienti dell'ospedale, compresi gli spazi aperti dei reparti di degenza (terrazze, balconi) e i laboratori.

Per evitare infezioni, si lavi accuratamente le mani ogni volta che utilizza la toilette; anche i medici e gli infermieri avranno cura di lavarsi le mani (e gli infermieri di cambiarsi i guanti) prima della visita o di altre prestazioni assistenziali.

Se è collegato a un monitor, non rimuova gli elettrodi e non modifichi la taratura anche se il collegamento al monitor o i rumori da esso provenienti possono dare fastidio: i segnali del monitor possono salvarLe la vita.

Mantenga un comportamento responsabile e rispettoso verso gli altri pazienti e verso il personale sanitario.

Rispetti le regole della vita in ospedale (per esempio: orari e durata delle visite, numero di visitatori). Nelle ore di riposo eviti di usare il telefono cellulare e mantenga la suoneria disattivata.

Rispetti gli ambienti, le attrezzature e gli arredi dell'ospedale, e raccomandando lo stesso rispetto ai visitatori. Eviti di disturbare il sonno degli altri pazienti.

4. Dimissione

Al momento della dimissione, Lei riceverà una "relazione" che contiene una serie di *raccomandazioni* e di informazioni indirizzate a Lei, ma anche ai Suoi familiari, al Suo medico curante ed eventualmente ad altre strutture sanitarie extra-ospedaliere che avranno cura di Lei (per esempio di assistenza domiciliare integrata). Legga la relazione prima di lasciare il reparto e chiedi spiegazioni sui punti che non Le sono chiari al medico che più degli altri ha avuto cura di Lei durante la degenza.

Le raccomandazioni riguarderanno il Suo stile di vita, eventuali consigli dietetici e le medicine prescritte. Si assicuri che sia indicato nella relazione quando e come assumere le medicine (ore del giorno; rapporto con i pasti; se necessario, per quanto tempo, altro). Se una medicina è stata prescritta per la prima volta in ospedale, farsi spiegare dal medico che ha avuto cura di Lei durante la degenza a che cosa serve e quali potrebbero essere gli effetti sfavorevoli.

Si assicuri che la relazione contenga le seguenti informazioni:

- la diagnosi;
- se ha una malattia cronica, una breve sintesi del suo andamento e la ragione o le ragioni per cui è stato ricoverato in ospedale;
- un breve resoconto delle Sue condizioni di salute all'ammissione in ospedale, durante la degenza e alla dimissione;
- i risultati degli esami più significativi all'ammissione in ospedale e alla dimissione; se i risultati di certi esami (per esempio biopsie) non sono pronti, chiedi quando saranno pronti e si ricordi di ritirarli o di chiederne l'invio;
- le medicine che ha ricevuto durante la degenza, indicando quali erano già assunte prima dell'ammissione in ospedale e quali sono state prescritte in ospedale;
- la prognosi di residua inabilità lavorativa dopo la dimissione e di conseguenza la durata dell'esenzione dal lavoro;

- nel caso di nuove medicine prescritte in ospedale, chiedi che l'ospedale Le fornisca la quantità necessaria al completamento della cura prescritta, o - se si tratta di medicine da prendere a tempo indefinito - la quantità necessaria per un mese di terapia.

Faccia leggere la relazione al Suo medico curante e ottenga da lui informazioni e spiegazioni ulteriori. Tenga presente che nelle malattie croniche la Sua cura sarà essenzialmente extra-ospedaliera e affidata al medico curante ed eventualmente a consulenze specialistiche ambulatoriali, periodiche oppure al bisogno.

Se per qualche ragione non sarà possibile che Lei riceva alla dimissione la relazione definitiva, chiedi una lettera provvisoria con la terapia e la data a cui potrà ricevere la relazione definitiva per fax, per e-mail o - se possibile - tornando in reparto in modo da ricevere dal suo medico le spiegazioni opportune.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti i membri del Comitato regionale di bioetica della Regione siciliana che hanno partecipato alle attività rendendo possibile la presente pubblicazione e che hanno fornito preziose indicazioni mettendo a disposizione le loro conoscenze.

Prof. Pagliaro Luigi - Prof. Garattini Silvio - Dr. Greco Giuseppe - Prof. Remuzzi Giuseppe - Dr. Merlini Giovanni - Dr. Murolo Giuseppe - Dr.ssa Agnello Vittoria - Prof. Attanasio Massimo - Prof. Leone Salvino - Dr.ssa Argo Antonella - Dr. Bonarrigo Agatino Franc - Dr. Borsellino Nicolò - Dr.ssa Bosio Silvia - Dr. Candela Pasquale - Prof. Cavallaro Sebastiano - Prof. Di Raimondo Francesco - Dr. Di Tommaso Giuseppe - Dr.ssa Furnari M. Grazia - Dr. Giordano Francesco - Prof. Palazzo Adriano Mario - Dr. Pilato Salvatore - Dr. Tinè Fabio - Dr.ssa Traina Rosalia.

Un ringraziamento particolare al Professore Luigi Pagliaro per il contributo scientifico e umano apportato e per l'impegno profuso nella stesura del documento, avendo altresì rappresentato un punto di riferimento per tutti coloro che hanno consentito la realizzazione dello stesso.

Si ringrazia inoltre la Consulta regionale della sanità per il contributo offerto durante la fase di consultazione.

¹ Intervento del dr. A. Lombardo, segretario regionale ANED, alla riunione della Consulta regionale della sanità del 31 maggio 2013.

Regione Siciliana
Assessorato della salute



LA RELAZIONE TRA PAZIENTE E MEDICO IN OSPEDALE

Medicina è più della somma delle nostre conoscenze sulle malattie. Medicina è anche farsi carico delle esperienze, dei sentimenti e delle interpretazioni di esseri umani in momenti di paura, ansia e incertezza.

Osler

Premessa

Ci sono fra il medico che lavora in ospedale e il medico di medicina generale (MMG) alcune notevoli differenze: il MMG viene scelto dal paziente, mentre il medico e l'equipe medica d'ospedale sono assegnati dalla sorte al paziente che si ricovera; il MMG ha con i pazienti conoscenza e continuità di cura che si misurano in anni, mentre il medico d'ospedale ha con il paziente ricoverato un contatto di giorni o di qualche settimana (oggi sempre più breve); il MMG conosce molto spesso la famiglia del paziente e il suo ambiente, mentre il medico d'ospedale conosce solo il paziente; il MMG ha, dei problemi di salute del paziente, una conoscenza e una considerazione globali, mentre il medico d'ospedale tende a focalizzarsi sul ristretto problema che ha causato il ricovero; infine, almeno fin oggi il MMG ha con i pazienti un rapporto individuale, uno a uno, mentre in ospedale

il paziente entra in rapporto con una équipe di medici, anche se uno dell'equipe può essere più direttamente responsabile dei suoi problemi.

Sono differenze che favoriscono la creazione fra MMG e pazienti di una relazione di empatia - cioè di comprensione, partecipazione e *caring* - che per i medici d'ospedale è più difficile raggiungere. E infatti, mentre la maggioranza dei medici d'ospedale intrattiene con i pazienti un rapporto di rispetto e cortesia, una percentuale di essi stimata fra il 20% e il 25% ha nei confronti dei pazienti difetti di relazione interumana, mentre sono assai più frequenti i difetti di comunicazione e di informazione (vedi note 1 e 2 e relative evidenze dalla letteratura). In considerazione di queste osservazioni, le pagine seguenti hanno lo scopo di fornire una promemoria dei comportamenti che possono facilitare oppure ostacolare la creazione di una relazione positiva fra medici d'ospedale e pazienti nella pur breve durata del loro rapporto.

1. L'accoglienza in ospedale

Il ricovero in ospedale è per qualunque persona un momento difficile, di ansia, di paura, di estraneità dell'ambiente in cui si troverà a vivere e di lontananza dalla famiglia. In questa situazione, il medico e l'infermiere che con lui hanno i primi contatti devono fargli sentire che egli è una persona e non "un altro caso". Questo vuol dire salutare, presentarsi, avere un atteggiamento amichevole, infondere fiducia sull'efficacia che avrà il ricovero e assicurare che si cercherà di attenuare il più possibile i disagi materiali e morali della vita in ospedale.

2. La storia

La storia (o anamnesi) è uno strumento anche oggi insostituibile per capire chi è il paziente, perché si ricovera e per fare ipotesi sulla sua malattia e sul suo trattamento. Ed è anche la prima e talvolta l'unica occasione per un incontro non fugace e per la creazione di una relazione positiva fra il medico e il malato. Però la storia è anche la parte più difficile del lavoro del medico e quella che richiede più tempo. Evitando la pretesa di insegnare a medici esperti come si fa la storia, ricordiamo sei precetti utili per avviare dalla storia la creazione della relazione interumana fra medico e paziente.

1. Non rivolgersi a un paziente adulto dandogli del tu.
2. Evitare che altri possano udire il racconto del paziente.
3. Usare un linguaggio comprensibile evitando il gergo medico, e accertarsi che il paziente lo capisca.
4. Non ignorare le manifestazioni non verbali (espressione del viso, gesti, pause), che possono essere più espressive delle parole.
5. Iniziare la storia con domande molto generali (*open ended questions*), per esempio: perché si è ricoverato? Che problemi ha? Non interrompere il racconto del paziente in risposta a queste domande: in meno di un terzo dei casi i pazienti riescono a completare il racconto dei propri problemi, che viene interrotto da domande premature dopo una media di 23 secondi. Una volta interrotti, raramente i pazienti riprendono il filo del loro racconto e la storia si trasforma in un interrogatorio nel quale il medico fa le domande e il paziente dà risposte circoscritte all'oggetto della domanda, senza poter parlare liberamente dei propri problemi e delle proprie preoccupazioni. Si perdono così informazioni importanti - qualche volta le più importanti - e si perde per il medico la possibilità di trasformare la storia in un'occasione per avviare la relazione con il paziente.
6. Può accadere (e accadrà sempre più spesso) che un paziente Le dica di aver trovato in internet informazioni o indicazioni di salute e chiedi il Suo parere. In genere il paziente vuole realmente avere il parere del medico, non alimentare una polemica (1); e una risposta appropriata può migliorare la relazione medico-paziente (2). E infatti i pazienti, anche se ricercano informazioni in internet, hanno fiducia nel medico come giudice finale della loro affidabilità e appropriatezza (2, 3). Il parere del medico può essere diverso: l'informazione o indicazione da internet può essere inaffidabile (stile terapia Di Bella), e in questo caso il medico deve garbatamente spiegarlo al paziente ("non sempre si può credere a quello che si legge in internet"); oppure può essere corretto, ma inappropriato per il paziente ("va bene, ma quella cura o quell'esame non sono appropriati per lei"). Infine, l'informazione o l'indicazione possono essere interessanti, e il medico farà bene a riconoscerlo, eventualmente chiedendo dove il paziente le ha trovate per verificarle e magari approfondirle ("è un'idea promettente; dove l'ha trovata?").

3. Che cos'è la malattia e che cos'è la medicina narrativa

3.1. Che cos'è la malattia

Il concetto di malattia ha tre componenti (4): 1. malattia come disease, cioè come un problema biologico che dev'essere diagnosticato e curato: comprende etiologia e fattori di rischio, sintomatologia e decorso, diagnosi, prognosi, terapia. 2. malattia come illness, cioè la malattia come è vissuta dal malato: sofferenza, disabilità fisiche e – nelle malattie gravi o ad esito incerto – profonde reazioni emozionali di preoccupazione e talvolta di angoscia. 3. Malattia come sickness, cioè come problema economico-sociale.

Il medico concepisce la malattia soprattutto come *disease*, cioè come problema biologico da diagnosticare e curare; è questa la funzione che la società gli chiede e che deve assolvere, ed è un passaggio necessario per la diagnosi e la terapia. Nella professione di oggi deve anche considerare la malattia come *sickness*, per la quale secondo disposizioni dell'AIFA o delle regioni può o non può prescrivere certe procedure diagnostiche e certe medicine. E la malattia come *illness*? Partecipare più o meno alla sofferenza e alla vita emozionale dei pazienti dipende dalla sensibilità dei medici, ma almeno in una certa misura è necessario per una pratica medica efficace. E il caso a questo proposito di riportare un brano dalla conclusione di un lavoro del 1927 molto citato e tenuto in alta considerazione (5): "La malattia nell'uomo non è mai esattamente come la malattia in un animale da esperimento, perché nell'uomo la malattia influenza quella che noi chiamiamo vita emozionale, e ne viene influenzata. Così, il medico che tenta di prendersi cura di un paziente mentre trascura questo fattore è non-scientifico come il ricercatore che trascura di controllare tutte le condizioni che possono influenzare il suo esperimento".

3.2. La malattia come disease e come illness

La storia sarebbe l'occasione principale e in ospedale forse l'unica per iniziare a esplorare gli aspetti umani ed emozionali di un paziente e per iniziare a costruire tra medico e paziente una relazione che veda quest'ultimo come una persona e non come "un altro caso". Ma l'anamnesi raccolta dal medico e trascritta in cartella descrive il paziente come portatore di un problema puramente biologico (disease) (6, p.50-51; 7); e non contiene alcun cenno alla sua storia umana ed emozionale e a come egli vive l'esperienza della malattia e delle sue conseguenze, cioè della malattia come illness. Potrebbe contribuire ad alleviare le reazioni emozionali di un paziente con malattie gravi o ad esito incerto nella vicinanza dei familiari, che è invece limitata dalla povertà di comunicazione con i medici (vedi nota 2) e da regole ospedaliere troppo restrittive, specie in terapia intensiva (8); e potrebbe essere di aiuto la partecipazione di pazienti o di loro familiari ad associazioni per malattia o generali. Un esempio particolarmente toccante sono in Sicilia le associazioni dei genitori di bambini con malattie onco-ematologiche, che riescono a migliorare la qualità di vita nei reparti di degenza e collaborare efficacemente con i medici (9).

La non esplorazione o l'indifferenza nei confronti della vita emozionale dei pazienti e dei familiari si traducono in una limitazione dell'efficacia clinica della medicina (Peabody, 5) e in un'amputazione del concetto di malattia, che rimane un problema biologico da risolvere – importante ma incompleto senza una conoscenza del mondo interiore dei malati. E' questo il senso del detto, spesso citato da Osler (6, p. 51), secondo cui "è più importante sapere che tipo di paziente ha una malattia che sapere che tipo di malattia ha il paziente" (vedi box).

Box. Il paziente come persona: alcune domande che il medico dovrebbe porsi per conoscere il paziente come persona

1. Chi è questo paziente? Quali sono i suoi interessi, i suoi affetti, il suo lavoro, le sue preoccupazioni?
2. Perché ha chiesto una visita (o si ricovera?) Che idea si è fatto della sua malattia, quali preoccupazioni ha per il suo futuro a breve e a lunga scadenza?
3. Come vive le conseguenze funzionali della sua malattia (dolore, altri disturbi, inabilità)?
4. Che cosa spera che i medici possano fare per aiutarlo?
5. Che cosa pensa e sente riguardo alla sua malattia, alle procedure diagnostiche, al trattamento e ai medici (paura, mancanza di fiducia, tristezza, ambivalenza tra sentimenti negativi e positivi)?

3.3. Che cos'è la medicina narrativa

La storia della malattia "raccontata" dal paziente o dal medico che ne ha avuto cura è il tema della medicina narrativa, che negli ultimi 15-20 anni ha suscitato molto interesse (10-13) e stimolato varie esperienze anche in Italia (14). La narrazione che fa un paziente dell'esperienza della propria malattia la rivela come illness – con il suo carico di sofferenza, paura, richiesta di aiuto – e può risvegliare nel medico riflessione, comunicazione ed empatia. Nell'esempio seguente il narratore è Stewart Alsop, famoso giornalista americano che morì poco dopo la pubblicazione del libro da cui è tratto l'esempio (15).

- *L'inizio.* Negli ultimi tempi mi ero sentito un po' stanco, e avevo sofferto di respiro corto, ma come quella mattina non mi ero sentito mai, boccheggiai come un pesce fuor d'acqua e sentivo il cuore battermi furiosamente. Per un lungo momento l'unica cosa che riuscii a fare fu di mantenermi in piedi ...

- *Dal dottore.* Il Dottor Perry aveva un'aria grave: "Siete anemico. Molto anemico. Desidero che subito, questo stesso pomeriggio, entriate al Georgetown University Hospital." "E' un cancro?" domandai. Ne sapevo abbastanza per fare quella domanda. "Per il momento non è questa la mia prima preoccupazione" mi rispose il dottor Perry. Tuttavia dal suo tono compresi che non escludeva affatto l'ipotesi di un cancro.

- *Stewart Alsop al medico che legge la sua mielobiopsia.* "E si vedrà se ho un cancro?" domandai "Sì", rispose con sicurezza "se avete un cancro e di che tipo" Quelle sue parole lasciavano intendere che non aveva molti dubbi sul fatto che avessi un cancro. Dopo di che uscì e lasciò soli Tish [la moglie] e me; avevo paura e allungai un braccio per prenderle una mano che sentii calda, confortevole, estremamente viva. Tish passò la notte nella mia camera su una brandina vicino al mio letto. Mi svegliai due volte, nonostante la pillola di sonnifero che avevo preso; avevo paura, e cercai la mano di mia moglie. Entrambe le volte Tish era sveglia.

Fatalmente meno intensa è la carica emozionale della narrazione che può fare un medico dell'incontro con un paziente. La narrazione del medico può essere breve e trascritta in cartella per fissare una traccia di chi è il paziente e di come vive l'esperienza di malattia; per esempio: "Va osservato che il Signor X ha generalmente evitato di andare dai medici. Ora si è deciso perché è seriamente preoccupato e teme di avere un cancro del polmone. Un suo caro amico, anch'egli fumatore, è morto di quella malattia 5 anni fa, e il Signor X teme di poter avere la stessa diagnosi, ma spera che siamo in tempo per affrontarla, forse iniziando con una TC" (6, p. 51). Oppure può essere più estesa, per esempio riportando il racconto che fa il Signor X dei suoi sintomi e delle sue paure (ho tosse da più di un mese; la tosse è senza espettorato, ma di notte mi sveglia più volte, e sveglia anche mia moglie; non mi ricordo come cominciò la malattia del mio amico: anche lui ebbe la tosse? Ma forse aveva espettorato col sangue, e io per fortuna non ne ho, in questo caso trascrivendola sulla "cartella parallela" inventata dalla Charon (11), o in uno scritto indipendente ("reflective writing"[16]).

1. Bylund CL, Gueguen JA, Sabee CM et al. Provider-patient dialogue about Internet health information: an exploration of strategies to improve the provider-patient relationship. *Patient Educ Couns* 2007; 66: 346-52.
2. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K et al. The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1727-34.
3. Hesse BW, Nelson DE, Kreps GL et al. Trust and sources of health information. The impact of internet and its implications for health care providers: Findings from the first health information national trends survey. *Arch Intern Med* 2005; 165: 2618-24.
4. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books, 1988, p. 4-6.
5. Peabody FW. The care of the patient. *JAMA* 1927; 88: (12) 877-82.
6. Pagliaro L, Bobbio M, Colli A. La Diagnosi in medicina. Milano: Raffaello Cortina Editore. 2011.
7. Donnelly WJ. The language of medical case histories. *Ann Intern Med* 1997; 127: 1045-8.
8. Berwick DM, Kotagal M. Restricted Visiting Hours in ICUs. *Time to Change JAMA* 2012; 292: 736-37.
9. Lentini G. Intervento alla Consulta regionale della sanità. Palermo, 31 maggio 2013.
10. Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001; 286: 1897-1902.
11. Charon R. Narrative medicine. Honoring the stories of illness. Oxford University Press, 2006.
12. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative-based medicine. Why study narrative? (First article of a series of 5). *BMJ* 1999; 318: 48-50.

13. Master of Science in Narrative Medicine, 2013. <http://ce.columbia.edu/C>.
14. Polvani S. La narrazione percorso di cura – integrare “disease” e “illness”. Progetto triennale nelle malattie croniche. Il Sole 24 ore Sanità Anno XV, n. 23, 12-28 Giugno 2012.
15. Stewart Alsop. In attesa di esecuzione. Milano: Mondadori, 1974, pagg. 15 e 17.
16. Charon R, Hermann N. A sense of story, or why teach reflective writing? Acad Med 2012; 87: 5-7.

4. Comportamento e raccomandazioni. Relazione con i pazienti e competenza

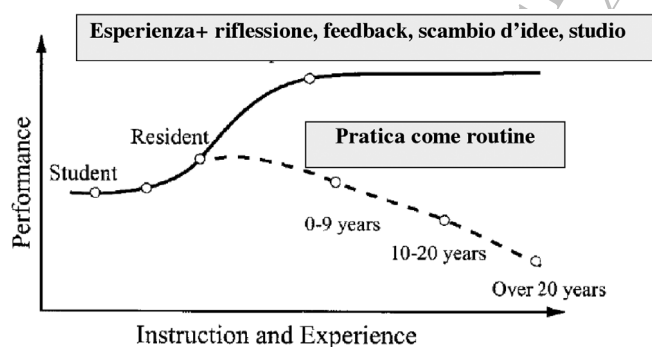
4.1 Relazione con i pazienti

La prima regola di comportamento per i medici e gli infermieri, che in ospedale sono i più vicini ai pazienti, è di usare nei loro confronti rispetto e capacità di comunicare. I pazienti preferiscono medici che siano interessati al proprio lavoro, che li ascoltino con attenzione, che siano aperti al colloquio, che realmente e attivamente si occupino di loro (1) e che siano capaci di guadagnarsi la loro fiducia (2). Sono molti i medici che nel giudizio dei pazienti posseggono queste caratteristiche positive. Altri medici se ne allontanano e mostrano difetti di relazione con i pazienti – e in questo caso tendono a ripeterli nel tempo, così che un numero di medici relativamente modesto incorre in un gran numero di difetti di relazione (nota1).

Dati i tempi di degenza limitati, nell'ospedale la fiducia dei pazienti nei confronti dei medici può essere influenzata dal senso di affidabilità, dall'organizzazione, dalla puntualità e dalla pulizia del setting ospedaliero, che sono più rapidamente percepibili (2). Ma anche nel breve tempo di degenza può crearsi un variabile grado di fiducia nei medici (2), che dipende dalla relazione positiva medico-paziente e dalla competenza clinica (3, 4; vedi nota 1); quest'ultima richiede da una parte esperienza e dall'altra capacità di ricerca, selezione e applicazione critica di nuove conoscenze dalla letteratura scientifica.

4.2 Competenza: esperienza e letteratura scientifica

Il valore dell'esperienza. L'esperienza non si misura con gli anni di pratica. Per chi non riflette sui pazienti incontrati, su come ha fatto diagnosi e su come ha deciso una cura, gli anni di una pratica vissuta come routine fanno dimenticare ciò che si era appreso, riducendo e non aumentando la competenza (5). Al contrario, diventa un fattore determinante per creare e mantenere la competenza clinica (performance) l'esperienza che si associa alla riflessione sulle proprie diagnosi e decisioni e sui propri errori (feedback); allo scambio di idee con i colleghi nel lavoro di équipe (3); e allo studio, specie se stimolato dai problemi dei pazienti (figura 1).



Ericsson KA. Acad Med 2004; 79: (10) S70-S81

Figura 1. Two trends for development of medical performance as a function of experience and instruction.

La letteratura scientifica. Il medico non può avere conoscenze sufficienti a gestire la totalità dei problemi clinici che incontra nella pratica. Perciò deve ricercare le conoscenze che gli mancano o che sono incomplete o incerte sui libri, che però invecchiano presto, e soprattutto sulle riviste di medicina, in versione cartacea oppure *online*. In molti Paesi, tutti i medici iscritti all'ordine ricevono gratuitamente una rivista scientifica che li aiuta in questo compito, per esempio il BMJ in UK. Non è così in Italia; perciò il Comitato regionale di bioetica ha il progetto LINF (Libreria INFormatica) – di rendere disponibile per l'Assessorato l'accesso al full text degli articoli di riviste scientifiche internazionali. Una soluzione alternativa (o preliminare) può consistere nell'abbonamento ad UpToDate, che è un trattato online equivalente a oltre 70.000 pagine di testo se fosse stampato, continuamente aggiornato e che non accetta pubblicità dall'industria. Ad UpToDate sono già abbonate varie strutture sanitarie della

Regione (per esempio, Azienda ospedaliera Cervello – Villa Sofia; ASP di Palermo).

Le conoscenze che i medici ricavano dalla letteratura scientifica possono essere di grande aiuto per migliorare la qualità della loro professione (7, 8). Però il loro impiego ha tre limiti: primo, molte domande che pongono i medici non trovano risposte nella letteratura (9). Secondo, solo una piccola parte degli articoli pubblicati fornisce informazioni che siano metodologicamente valide e clinicamente utili (10). Terzo, le conoscenze della letteratura riguardano le malattie (per esempio: la cardiopatia ischemica, la polmonite, l'artrite reumatoide), mentre i medici incontrano pazienti individuali che all'interno di una diagnosi differiscono per età, severità o stadio di malattia, comorbidità, preferenze, differenze di risorse o carenze locali e altro. Rimane quindi per il medico il problema non sempre facile di “contestualizzare” (11) valutando caso per caso l'applicabilità delle conoscenze acquisite (12-14).

1. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Br J Gen Pract 2009; 59(561): e116- e133.
2. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? Milbank Quart 2001; 79: (4) 613-39.
3. Sargeant J, Mann K, Sinclair D et al. Learning in practice: experiences and perceptions of high-scoring physicians. Acad Med 2006; 81: 655-60.
4. Reed DA, West CP, Mueller PS et al. Issues in graduate medical education. Behaviors of highly professional resident physicians. JAMA 2008; 300: 1326-33.
5. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. The relationship between clinical experience and quality of health care. Ann Intern Med 2005; 142: 260-73.
6. Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. Acad Med 2004; 79: (10) S 70-S81.
7. Sackett DL., Rosenberg WMC, Gray JAM et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-2.
8. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN et al. Knowledge translation of research findings. Implement Sci 2012; 7: 50.
9. Naylor CD. Gray zones in clinical practice: some limits to evidence-based medicine. Lancet 1995; 345: 840-2.
10. Haynes RB. The best new evidence for patient care. ACP Journal Club 2008 JC3-2, in Ann Intern Med 148(10), May 20 2008.
11. Schwartz A, Weiner SJ, Harris IB, Binns-Calvey A. An educational intervention for contextualizing patient care and medical students' abilities to probe for contextual issues in simulated patients. JAMA 2010; 304: (11) 1191-97.
12. Sweeney KG, MacAuley D, Pereira Gray D. Personal significance: the third dimension. Lancet 1998; 351: 134-6.
13. Shaughnessy AF, Slawson D, Becker L. Clinical Jazz: harmonizing clinical experience and evidence-based medicine. J Fam Pract 1998; 47: 425-8.
14. Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G et al. Patient-centered decision making and health care outcomes. An observational study. Ann Intern Med 2013; 158: 573-79.

5. Dimissione

La dimissione di un paziente è una transizione di cura e di responsabilità dall'ospedale al medico di medicina generale o a un'altra struttura sanitaria. Può essere un momento critico, seguito da eventi avversi (reazioni avverse a una medicina prescritta in ospedale, complicanze di procedure eseguite durante la degenza, altre) o da una ri-ospedalizzazione in tempi brevi, con le sue conseguenze sul morale del paziente ed economiche (1). Per evitare questi inconvenienti i medici dell'ospedale devono dotare il paziente di una relazione di dimissione che riporta informazioni essenziali e raccomandazioni per lui, per la famiglia e per il medico o i medici che saranno responsabili della sua salute. Alcuni suggerimenti per compilare la relazione (2, 3):

- Non scrivere la relazione a mano (possibile grafia incomprensibile), non usare sigle (per esempio: PCI per intervento coronarico percutaneo); evitare il gergo medico, spaziare con una interlinea di 1,5 righe la trascrizione di informazioni e raccomandazioni.
- Informazioni essenziali:
 - Diagnosi; se il paziente ha una malattia cronica, informazioni sulla durata e sul decorso; motivi dell'ospedalizzazione;
 - condizioni mentali e fisiche all'ammissione in ospedale, durante la degenza e alla dimissione;
 - follow-up: sintomi e segni di cui sorvegliare eventuale presenza o modifiche dopo la dimissione;

- risultati degli esami significativi all'ammissione e alla dimissione (per esempio: glicemia in un diabetico) e di quelli eseguiti durante la degenza (per esempio di imaging);
- follow - up: eventuali esami da eseguire dopo la dimissione;
- consigli sullo stile di vita (non fumare, attività fisica, consigli dietetici, medicine da evitare, altro);
- "riconciliazione" dei trattamenti: quali medicine assumere dopo la dimissione, riportando quali erano assunte prima del ricovero e quali sono state iniziate in ospedale; specificare il motivo di queste ultime. Nel caso di nuove medicine prescritte in ospedale, fornire la quantità necessaria al completamento della cura prescritta, o - se si tratta di medicine da prendere a tempo indefinito - la quantità necessaria per un mese di terapia.
- Prognosi residua dopo la dimissione: se il paziente è impiegato in un'attività lavorativa la prognosi è necessaria per stabilire la durata di esenzione dal lavoro.
- Leggere la relazione con il paziente e dare i chiarimenti eventualmente richiesti.
- Raccomandare al paziente di fare leggere al medico curante la relazione.

Consigliabile prepararsi una checklist a cui attenersi

- Se per qualche ragione (per esempio attesa per il risultato di un esame) non è possibile alla dimissione dare al paziente la relazione, dargli una lettera provvisoria con la terapia e la data in cui potrà avere la relazione definitiva per fax, per e-mail o, se possibile, tornando in reparto in modo da ricevere spiegazioni sui punti che non gli sono chiari.

1. Fontanarosa PB, McNutt RA. Revisiting hospital readmissions. *JAMA* 2013; 309: 398-400.
2. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists *J Hosp Med* 2007; 2: 314-23.
3. Kim CS, Flanders SA. Transitions of care. In the Clinic. *Ann Intern Med* 2013; 158: (5) ITC3-2 to 3-16.

¹ È in preparazione un documento sul rapporto fra pazienti, infermieri e operatori socio-sanitari.

La relazione tra paziente e medico in ospedale. Tre note

Nota 1. Conoscenze sulla relazione fra medici e pazienti

Parla uno studente: "Durante la mia prima settimana di frequenza [in ospedale] ero assolutamente sbalordito di come i medici trattavano i loro pazienti. Come non erano affatto affatto umani con essi. Ma dopo una settimana, mi sorpresi a comportarmi come loro...Questo mi faceva paura, perché sentivo che stavo prendendo la strada sbagliata (1).

In ospedale molti medici intrattengono con i pazienti una relazione fatta di buona educazione, rispetto, cortesia, comunicazione ed empatia. Ma non sono pochi (tra il 20% e il 25%, [2]) i medici che hanno nei confronti dei pazienti difetti di relazione. Fra questi difetti, uno dei più frequenti riguarda la comunicazione, quantitativamente scarsa e povera di contenuti umani e di informazioni sulla malattia, sulle procedure diagnostiche e sulla terapia. I medici che manifestano difetti nella relazione con i pazienti tendono a ripeterli nel tempo (3, 4), cosicché percentuali relativamente modeste di medici vanno incontro a un gran numero di difetti di relazione, mentre la maggioranza degli altri ne sono esenti anche in lunghi anni di pratica.

Le conoscenze su difetti della relazione medici-pazienti o infermieri-pazienti derivano in gran parte dai reclami alle autorità regolatorie, molti dei quali inviati da pazienti o da loro familiari. Poiché solo una parte delle lamentele dei pazienti si traduce in reclami, è verosimile che esse stiano più frequenti di quanto appaia nella letteratura scientifica (4).

I reclami sono più frequenti nelle specialità chirurgiche che nelle specialità mediche (2), e sono 5 volte più frequenti per i medici che per gli infermieri (5). I più frequenti difetti della relazione medico-paziente segnalati dai pazienti e tradotti in reclami riguardano la comunicazione, inadeguata per quantità e qualità, gli errori di diagnosi o di terapia che si traducono in mancanza di fiducia e indicano ipocompetenza clinica, e la mancanza di rispetto (5-8). Lo studio molto citato di Wofford et al (8) riporta sette difetti della relazione medico-paziente rilevati dai pazienti o dai loro familiari che in ordine di frequenza sono i seguenti:

- mancanza di rispetto;
- trattamento inadeguato rispetto alle attese dei pazienti;
- informazione insufficiente;
- incapacità di ispirare fiducia;
- indisponibilità (specie dei medici più anziani, per esempio primari);
- cattiva comunicazione fra i medici dello staff;
- informazione mancante o sbagliata da medico a paziente.

I reclami per difetti nella relazione dei medici tendono ad aumentare nel tempo, forse perché aumentano la sensibilità dei pazienti nei confronti di questi difetti e la loro traduzione in reclami formali, grazie anche allo sviluppo delle organizzazioni di volontariato. Per esempio, un costante aumento dei reclami tra il 2007 e il 2012 è stato recentemente registrato dal General Medical Council in UK (9).

1. Bombeck K, Symons L, Debaene L et al. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. *Med Educ* 2010; 44: 662-73.
2. Hickson GB, Pichert JW, Webb LE, Gabbe SG. A complementary approach to promoting professionalism: identifying, measuring and addressing unprofessional behavior. *Acad Med* 2007; 82: (11) 1040-48.
3. Bovbjerg RR, Petronis KR. The relationship between physicians malpractice claims and later claims: does the past predict the future? *JAMA* 1994; 272: 1421-26.
4. Bismark MM, Spittal MJ, Gurrin LC et al. Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia. Published online first. *Quality and Safety in Health Care* 2013; 0: 1-9.
5. van Mook WNKA, Gorter SL, Kieboom W et al. Poor professionalism identified through investigation of unsolicited healthcare complaints. *Postgrad Med J* 2012; 88: 443-50.
6. Montini T, Noble EA, Stelfox HT. Content analysis of patient complaints. *Int J Qual Health Care* 2008; 20: (6) 412-20.
7. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authority. *JAMA* 2007; 298: 993-1001.
8. Wofford MM, Wofford JL, Bothra J et al. Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Acad Med* 2004; 79: 134-38.
9. Boseley S. *The Guardian*, September 18 2012.

Nota 2. Comunicazione e informazione

Giacomo Cardaci, un giovane lungamente e ripetutamente ricoverato in ospedale durante due anni per un linfoma, ha raccontato in un libro (1, pag. 197) la sua esperienza sui medici e sul loro modo di comunicare (o non comunicare) con i pazienti: "credo che a 23 anni ho avuto a che fare con una settantina di medici [delle più varie specialità]...Ciononostante, credo di aver parlato per più di cinque minuti soltanto con una decina di questi medici"...[Il medico] dirigeva le domande e le mie erano risposte monosillabiche, che non veicolavano nessuna informazione ma erano soltanto un modo asettico per confermare o negare le sue ipotesi.

Questo frammento di Giacomo Cardaci descrive fedelmente i difetti di comunicazione dei medici, (specie degli esperti in specialità sempre più settoriali: il medico che dirige le domande è un aritologo). È ristretto il tempo lasciato allo spontaneo racconto dei sintomi, delle preoccupazioni e dei riflessi della malattia sulla vita del paziente. La povertà di tempi e di qualità della comunicazione fra pazienti e medici è identificata in molti studi (per esempio 2-5) come uno dei difetti maggiori e più sentiti dai pazienti nella loro relazione con i medici. In uno di questi studi (4) un basso punteggio nella capacità di comunicazione nell'esame di stato al Medical Council of Canada era il più accurato predittore dell'incidenza di reclami alle autorità regolatorie, metà dei quali per difetti di comunicazione, nella successiva pratica professionale.

- I difetti di comunicazione nella storia. In circa l'80% delle anamnesi il medico interrompe il racconto iniziale del paziente con domande premature dopo un tempo medico di 23 secondi (6); e una volta interrotto, assai raramente il paziente ha l'occasione di riprendere il filo del discorso. Nello scarno colloquio fra medici e pazienti non entrano le conseguenze psicologiche della malattia e le preferenze del paziente fra opzioni alternative: il medico non le esplora e il paziente spontaneamente non le manifesta (3). Eppure si tratta di aspetti che completerebbero la diagnosi e influenzerebbero la prescrizione della terapia (7).

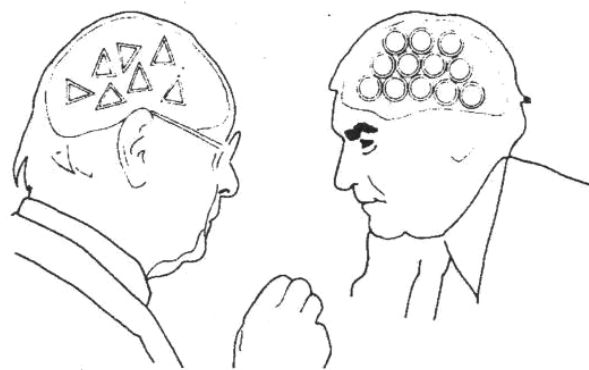
- I difetti di comunicazione durante la degenza. Durante la degenza il paziente può sentirsi non più una persona ma solo "un altro caso" ("I am not a person; I am just another case" [8]), o il

medico può considerarlo solo nella sua essenza biomedica "un caso molto interessante" ("I have really a great case", [9]), e gli occasionali colloqui non hanno nulla di personale. Un indice dello scarso rapporto fra medici e pazienti è l'osservazione che il 26% dei pazienti non sa come si chiama il suo medico responsabile (10).

- *I difetti nel dare informazioni.* I pazienti desiderano intensamente informazioni cliniche chiare e comprensibili sulla propria malattia, sulla sua serietà, e sulle prospettive di guarigione o di esito sfavorevole; invece (10, 11):

- per il 48% dei pazienti le informazioni date dai medici sono incomprensibili (vedi figura);
- solo il 10% dei pazienti che ricevevano una nuova medicina in ospedale era informato sulle possibili reazioni avverse;
- più di un terzo dei pazienti non riceve informazioni sulle procedure diagnostiche programmate per la giornata;
- metà dei pazienti hanno ansie o paure, ma solo la metà di essi riuscivano a parlare con i medici nel tentativo di dissolverle o attenuarle;
- sono frequenti le attese per il ricovero o per procedure diagnostiche o chirurgiche, senza informazioni o scuse relative al ritardo e alle sue cause;
- la comunicazione più difficile è quella della diagnosi di una malattia a prognosi infausta. Alcuni medici preferiscono nascondere: "La mia prima, in-de-ro-ga-bi-le regola è quella di non permettere che i miei pazienti nutrano il benché minimo dubbio sulla natura del loro male" (12, pag. 71). Altri la svelano senza cautele, ignorandone gli effetti sul morale del paziente: "Il dottore diede la cattiva notizia in un modo molto brusco e secco. La figlia del paziente scoppiò a piangere e il dottore impiegò pochissimo tempo con lei...Poi il dottore andò via" (13). Infine, altri danno le cattive notizie umanamente e gradualmente, senza distruggere qualche speranza, e questa è la scelta migliore; un esempio (parla uno studente): "rimasi ammirato di come il dottore aveva parlato con quel paziente...Penso che se mai io dovrò dare cattive notizie come quella, vorrei saperle dare con la stessa pazienza e rispetto, perché ho visto quanto questo è stato positivo per il paziente" (13). E per concludere, è bene ricordarsi che: "il compito di dare cattive notizie costituisce la verifica di tutte le nostre competenze e abilità professionali: se lo facciamo male, i pazienti e i parenti non ci perdoneranno mai, se lo facciamo bene non ci dimenticheranno mai" (14, pag. 197).

1. Cardaci G. La formula chimica del dolore. Mondadori, Milano 2010.
2. Levinson W, Roger D, Mullooly J et al. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997; 277: 553-59.
3. Barry CA, Bradley CP, Britten N et al. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. BMJ 2000; 320: 246-50.
4. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. JAMA 2007; 298: 993-1001.
5. Papadakis MA, Arnold GK, Blank L et al. Performance during internal medicine residency training and subsequent disciplinary action by state licensing boards. Ann Intern Med 2008; 148: 869-76.
6. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K. Soliciting the patient agenda: have we improved? JAMA 1999; 281: 283-7.
7. Mulley A, Trimble C, Elwin G. Stop the silent misdiagnosis. Patients' preferences matter. BMJ 2012; 345:e6572 (November 17).
8. Oxford Textbook of Medicine, 2nd Edition, 1987. Pag 1.1.
9. Poulson J. Bitter pills to swallow. N Engl J Med 1998; 338: 1844-46.
10. Olson DP, Windish DM. Communication discrepancies between physicians and hospitalized patients. Arch Intern Med 2010; 170: 1302-07.
11. van Mook WNKA, Gorter SL, Kieboom W et al. Poor professionalism identified through investigation of unsolicited healthcare complaints. Postgrad Med J 2012; 88: 443-50.
12. Nemirovsky I, David Golder. Adelphi, Milano 2006.
13. Bombeck K, Symons L, Debaene L et al. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. Med Educ 2010; 44: 662-73.
14. Buckman R. La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi. Raffaello Cortina Editore, Milano 2003.



Da: Froelich RE, Bishop EM. Clinical Interviewing Skills, 3rd Ed. Mosby 1977, pag. 35. Il medico (a sinistra, con gli occhiali) racconta triangoli, e il paziente interpreta cerchi; il paziente (a destra) racconta cerchi, e il medico interpreta triangoli.

Nota 3. Empatia

C'è un «indurimento di cuore ("hardening of the heart", [1])» durante gli anni del corso di medicina? Risposta affermativa: durante gli anni del corso di medicina si verifica una riduzione dell'empatia con cui molti giovani hanno scelto medicina (2). La riduzione di empatia è maggiore nei maschi, in chirurgia e in medicina specialistica.

L'empatia è variamente definita; la definizione più convincente ha tre componenti:

- una componente cognitiva (*understanding*; [3, 4]), di comprensione della situazione del paziente, della sua sofferenza, delle sue prospettive, e delle ansie che ne derivano.
- Una componente affettiva ed emozionale (*feeling* [3, 5]) di partecipazione a quel che sente e soffre il paziente come ammalato e come persona.
- L'attitudine e la capacità per tradurre comprensione e partecipazione in atti concreti clinicamente efficaci ("*caring*": occuparsi utilmente e umanamente del paziente [3, 6, 7]).
- L'empatia è il motore della buona pratica medica: un medico che manca di empatia è esposto ai difetti della relazione con i pazienti che sono sintetizzati nella nota 1, e avrà con i pazienti una comunicazione sommaria e povera di contenuti come esposto nella nota 2. Il livello di empatia dei medici può essere misurato (7, 8), e un loro maggior livello di empatia ha documentabili effetti positivi (8):
 - I pazienti raccontano meglio i loro disturbi e le loro preoccupazioni;
 - [ne consegue] una maggior accuratezza diagnostica;
 - è maggiore la partecipazione attiva dei pazienti alle decisioni di salute che li riguardano;
 - sono maggiori la loro compliance e soddisfazione;
 - viene alleviata la loro depressione e migliorata la loro qualità di vita.

1. Newton BW, Barber L, Clardy J et al. Is there hardening of the heart during medical school? Acad Med 2008; 83: 244-49.
2. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. Med Educ 2004; 38: 522-34.
3. Hojat M, Spandorfer J, Louis DZ, Gonnella JS. Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics. Acad Med 2011; 86: 989-95.
4. Charon R. Narrative medicine: form, function, and ethics. Ann Intern Med 2001; 134: 83-7.
5. Spiro H. The practice of empathy. Acad Med 2009; 84: 177-79.
6. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. Br J Gen Pract 2002; 52: S9-S13.
7. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy - based consultation process measure. Fam Pract 2004; 21: 699-705.
8. Neumann M, Scheffer C, Tauschel D et al. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2012; 29 (1): 1-21 (English version).

(2013.41.2422)102