

SCIENZA DELL'IMPLEMENTAZIONE AL LETTO DEL PAZIENTE

Coordinatore

Vincenzo Toscano

Editors

Marco Caputo & Renato Cozzi

1984: ero iscritta al primo anno della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna dell'Università di Padova ed ebbi la fortuna di annoverare tra i miei insegnanti la Prof. Giovannella Baggio, geriatra, pioniera in Italia della Medicina di Genere. All'apertura dell'anno accademico ci disse: "Ragazzi miei, abbonatevi al NEJM e leggetelo con costanza: vi aiuterà professionalmente e umanamente."

2019: forse meno assiduamente, ma rimango affezionata lettrice della rivista. Come tutti i "senior" sono meno attratta dai casi clinici (nel 1984 li archiviavo per servirmene all'occorrenza), ma molto di più dalle *Perspective* su argomenti che mai avrei immaginato potessero sollecitare la mia curiosità. Attualmente, mi piace capire "cosa e come pensano" i dottori e i pazienti e come riuscire a farli comunicare.

Il Dott. Elvin H. Geng è, come me, un medico ospedaliero internista con funzioni apicali, che illustra ai suoi collaboratori più giovani una tipica relazione medico-paziente dei giorni nostri. Narra una storia che si svolge nel reparto che dirige, nell'arco temporale di un giorno, potrebbe essere il solito venerdì generalmente prima delle ferie: dico venerdì perché la maggior parte delle "rogne" io le ho sempre vissute e tuttora le vivo il venerdì.

Un paziente di 55 anni, affetto da diabete mellito, presenta un quadro di insufficienza renale acuta (IRA), con severa iperkaliemia e, nonostante venga reso edotto dei rischi, rifiuta il trattamento dialitico sostitutivo proposto. Non resta che l'impiego momentaneo di terapia medica per controllare l'iperkaliemia, che il paziente accetta.

Il Dott. Geng pensa ai sempre più frequenti casi di rifiuto di cure da parte di pazienti del suo reparto di medicina: in tutti i casi si trattava di trattamenti sostenuti da robuste evidenze scientifiche (*evidence-based medicine*, EBM). "Perché allora i pazienti sempre più spesso rifiutano le cure?" si domanda il Dott. Geng. Non resiste dall'intervistare il "Dr Google", che lo rimanda a una serie di problematiche nuove e molto stimolanti: si imbatte nella *Implementation Science*, che, tradotta in italiano, è l'insieme delle discipline come psicologia, sociologia, economia e *marketing*, che dovrebbero aiutare gli operatori della salute a colmare il divario tra EBM e sua applicazione pratica "sul paziente" più che sulla malattia. Si imbatte in una dichiarazione storica, valse il Premio Nobel nel 2017 a Richard Thaler per i suoi studi sull'economia comportamentale: "Qualunque processo decisionale umano è irrazionale", anche quando si parla di salute, ed è molto influenzato da aspetti sociali.

Di questa irrazionalità il Dott. Geng decide di parlare con i medici più giovani durante il *briefing* pomeridiano e affronta con loro anche il tema del "Modello delle credenze sulla salute" molto in voga negli anni '70. Secondo questo modello, la probabilità di adottare un cambiamento rilevante per la nostra salute dipende da due variabili:

1. il concetto di vulnerabilità: la misura in cui il soggetto si sente vulnerabile, ad esempio per via di un'abitudine (fumare);
2. il concetto di gravità: la percezione della gravità delle conseguenze che ne derivano (morire di cancro).

Secondo questa teoria l'essere umano decide in base a:

- desiderio di star bene;
- convinzione che una certa azione possa prevenire una malattia;
- calcolo del "sacrificio" da sostenere per ottenere quell'obiettivo di salute.

Fino ad alcuni anni fa era il medico che insegnava al paziente come fare per stare bene e il paziente gli credeva, perché il medico era investito di autorevolezza. Ai nostri giorni prevale il "*social proof*", cioè la riprova sociale, traducibile ancor meglio nell'attualissimo termine "*influence*": le persone, soprattutto in ambiti ambigui, seguono "il gregge" senza porsi troppe domande.

Subito dopo il *briefing*, una giovane collaboratrice internista decide di sedersi vicino al letto del paziente e di dialogare con lui nella speranza di coglierne le motivazioni al rifiuto ostinato di sottoporsi a emodialisi. Il paziente si confida e quello che emerge è una percezione distorta dei benefici potenziali del trattamento: in particolare, teme che l'emodialisi gli impedirà di rivedere i suoi cari residenti all'estero. L'internista allora propone al *team* di sfruttare il "*social proof*" a beneficio del paziente, mettendolo in contatto con un centro dialisi del paese di residenza della famiglia e con un altro paziente dializzato, simile a lui per età, stato sociale, problematiche, a scopo di convincimento.



A questo punto un dilemma blocca il Dott. Geng: il “*social proof*” come manovra di persuasione è appannaggio del medico internista o piuttosto dell’assistente sociale o dello psicologo? In questo contesto clinico l’utilizzo da parte del medico di una delle armi della persuasione come il “*social proof*” ha la stessa valenza prescrittiva della terapia medica?

Cosa viene chiesto attualmente agli internisti nelle affollate corsie degli ospedali? Di dedicare sempre più tempo alla relazione con i pazienti e i relativi *care-givers*, con i medici curanti, e spesso di interagire direttamente con le Centrali Operative Territoriali per esaminare i reali bisogni dei pazienti e delle relative famiglie. Questo tempo non sempre è considerato tempo di cura e non tutti i reparti hanno in dotazione un’infermiera con ruolo e competenze da *Case Manager*, che possa assolvere questi compiti.

Sempre di più al medico viene chiesto di sfruttare la propria intelligenza emotiva e di essere “creativo” per vincere le barriere dell’incomunicabilità medico-paziente attraverso un cambiamento delle reciproche prospettive. Questo nuovo paradigma rappresenterà un vantaggio per i medici del futuro nella loro competizione con le macchine intelligenti. Medici e macchine intelligenti hanno due diverse curve di crescita: lineare i primi, esponenziale le seconde. Noi medici non potremo mai competere con il *machine learning*, ma saremo invece determinanti se utilizzeremo la “*moral wave*”, cioè la capacità di mettere in gioco valori morali.

La storia finisce con il paziente dimesso con terapia medica per controllare l’iperpotassiemia e con appuntamento a breve per inserimento catetere venoso da dialisi, che potrà effettuare in altro centro.

Ultima riflessione del Dott. Geng: se William Osler avesse partecipato al *briefing*, avrebbe concluso dicendo che non si è trattato di “un diabetico iperkaliemico con IRA che rifiuta emodialisi”, ma di “un paziente di 55 anni, affetto da diabete mellito, IRA e iperkaliemia, con prospettive in apparente contrasto con le proposte del medico”. Chiamatela se volete arte, ma sappiate che si chiama Scienza dell’Implementazione ed è alla portata di tutti gli operatori della salute, anche in corsia. Sarà l’arma vincente del medico Davide contro il *robot* Golia.

Bibliografia

1. Geng EH. Implementation science for the bedside. N Engl J Med [2019, 381: 304-5](#).