

L'empatia: ci interessa? I significati del colloquio anamnestico

di **Teodoro Marotta** - Specialista Ambulatoriale ASL Napoli 1 e Salerno 1 - teodoro.marotta@libero.it

RIASSUNTO: All'empatia è oggi riconosciuto un ruolo rilevante nella strutturazione del rapporto tra medico e paziente. Essa è stata definita come la capacità di comprendere che cosa sta sperimentando un'altra persona dall'interno del suo sistema di riferimento, facendo in modo che essa avverta l'impegno a porsi nella sua prospettiva. Per costruire relazioni cliniche empatiche, è considerato essenziale porre a tacere commenti e ragionamenti diagnostici mentre si ascolta il paziente.

La condotta empatica facilita la raccolta delle informazioni in sede anamnestica, ponendo le premesse per una diagnosi più accurata ed una terapia migliore; inoltre, aiuta il paziente a recuperare la propria autonomia ed a partecipare alla terapia, aumentandone l'efficacia. Essa permette di costruire interazioni terapeutiche, che influenzano positivamente il recupero del paziente e risultano benefiche anche per il medico, entrando a far parte delle esperienze che danno significato alla vita. Inoltre, l'empatia rende più accettabile l'incertezza clinica e le situazioni in cui la risposta biomedica è insufficiente.

Nel raccogliere l'anamnesi, è utile adottare un approccio narrativo, consentendo al paziente di esprimersi compiutamente: in tal modo è possibile cogliere elementi altrimenti inespressi, che possono rivelarsi cruciali per la diagnosi. Si parla oggi di costruire la storia clinica, piuttosto che raccogliercela, poiché essa risulta opera di entrambi gli attori - medico e paziente - i quali vi contribuiscono ciascuno con le sue specificità, tecniche da un lato ed esperienziali dall'altro. Il colloquio clinico risulta, così, avere un triplice obiettivo: raccogliere le informazioni necessarie alla diagnosi, costruire il rapporto attraverso un ascolto empatico e fornire al paziente le nozioni utili a gestire il suo problema.

Quest'operazione richiede del tempo: dopo visite più lunghe, è più probabile che il paziente acquisti fiducia nel suo medico e, conseguentemente, sia motivato ad aderire alla terapia. Tuttavia, è stato osservato ripetutamente, in contesti diversi, che il tempo dedicato alle visite è usualmente molto breve. Un rapporto correttamente ed efficacemente impostato è la premessa migliore per giungere all'alleanza terapeutica, cioè al coinvolgimento del paziente nel perseguire obiettivi condivisi.

PAROLE CHIAVE: rapporto medico-paziente, empatia, interazioni terapeutiche, anamnesi, alleanza terapeutica.

L'empatia: senso e definizione

T trattare di empatia in un contesto medico può avere significato se essa svolge un ruolo nell'adempimento degli scopi della medicina, i quali possono essere riassunti nell'aiutare le persone a vivere di più e meglio (in altre parole, nel 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; inoltre, quando si nota una variazione della mortalità o della morbilità relative ad una malattia nel tempo, occorre distinguere il ruolo causale delle mutate condizioni di vita di quella popolazione da quello attribuibile stricto sensu alla medicina. Consideriamo, a titolo di esempio, l'impatto della terapia sui danni provocati dall'ipertensione arteriosa, che è forse la malattia più dif-

fusa (la sua prevalenza aumenta con l'età, fino ad interessare più del 50% delle persone oltre 60 anni) (1) ed è responsabile di una quota rilevante della mortalità e morbilità totale. Le evidenze disponibili sull'efficacia della terapia antiipertensiva nel ridurre la morbilità e la mortalità legate all'ipertensione arteriosa sono molto ampie (2-3). Tuttavia, qual è l'effetto dell'intervento terapeutico nella popolazione reale, al di fuori degli studi clinici controllati? Se osserviamo la frazione di pazienti la cui ipertensione è ben controllata nei diversi Paesi del mondo, giungiamo a conclusioni ben diverse da quelle che farebbero sperare i grandi studi d'intervento: secondo i dati del progetto MONICA, la quota di ipertesi la cui pressione arteriosa è ridotta al di sotto dei 140/90 mm Hg è minore del 25% in tutti i Paesi considerati, e nella maggior parte di essi si discosta notevolmente da tale valore. Anche considerando solo gli ipertesi trattati, la percentuale di successo terapeutico è scarsa, poiché di rado raggiunge il 30% tra gli uomini ed il 50% tra le donne (4) (Fig. 1). Se ne deduce che il potenziale della terapia antiipertensiva per ridurre la mortalità e la disabilità (cioè, per perseguire gli scopi principali della medicina) è ben poco utilizzato e, quindi, i vantaggi per le centinaia di milioni di ipertesi presenti nel mondo sono di gran lunga minori di quanto si potrebbe ottenere. Ed infatti si stima che, nonostante l'efficacia comprovata delle terapie disponibili, per l'anno 2001 siano attribuibili globalmente all'ipertensione arteriosa 7.600.000 decessi (13,5% della mortalità totale) e 92.000.000 di anni di vita con disabilità (6,0% del totale) (5).

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) (6) ne sottolinea due, che sono validi per molti campi della medicina, se non per tutti: l'inerzia clinica, cioè il non perseguire con la dovuta energia gli obiettivi che l'evidenza disponibile rivela come necessari, 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".

Ma che cos'è l'empatia? Essa è stata definita come "la capacità di comprendere che cosa sta sperimentando un'altra persona dall'interno del suo sistema di riferimento: in altre parole, la capacità di mettersi nei panni dell'altro" (7), facendo sì che il paziente percepisca tale impegno (8). Allo stesso tempo, il medico dovrebbe evitare un coinvolgimento emotivo troppo intenso, che risulterebbe usurante e disturberebbe l'obiettività necessaria all'esercizio della sua attività (9).

Molteplici sono le conseguenze della condotta empatica: anzitutto, essa rende i pazienti più propensi a comunicare sintomi e problemi, ponendo le premesse per una diagnosi più accurata ed una terapia migliore; inoltre, aiuta il paziente a recuperare la propria autonomia ed a partecipare alla terapia, aumentandone l'efficacia; infine, apre la strada all'instaurarsi di "interazioni terapeutiche", che si rivelano tali

sia per il paziente (10), sia per il medico, perché capaci di rispondere all'esigenza, comune a tutti noi in quanto uomini, di rapporti e di esperienze che diano significato alla vita (11). Queste interazioni rendono più accettabile anche l'incertezza clinica, che rimane inevitabile in medicina, e le situazioni in cui la risposta biomedica è insufficiente (12).

L'anamnesi: solo raccolta dati?

Nel raccogliere l'anamnesi, avviene spesso che il medico a trascuri la prospettiva del paziente ed adotti un approccio prevalentemente "euristico", mirato ad identificare in ciò che ascolta segni e sintomi che gli consentano di inquadrare il caso secondo criteri classificativi pre-stabiliti (13). Tuttavia, un tale paradigma comunicativo viene oggi considerato insufficiente. 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 facevano in modo che ciò avvenisse (14). Affinché il colloquio anamnestico sia fruttuoso, occorre fare spazio al paziente e mettere insieme i brani di storia, spesso interrotti e talora contraddittori, che egli racconta. Questo approccio "narrativo" (15) consente di cogliere elementi altrimenti inespressi (16), apprezzabili solo tenendo conto della prospettiva dalla quale il paziente vive la propria condizione, che possono rivelarsi cruciali per la diagnosi.

È stata suggerita una strategia in quattro tempi per costruire relazioni empatiche con i pazienti (17):

1. Stabilire il rapporto: esso dipende dal rispetto e dall'interesse reciproci, che devono essere manifestati da entrambi gli interlocutori. A tale scopo occorre lasciar parlare il paziente, saper riconoscere le sue emozioni ed aiutarlo a renderle esplicite.
2. Far tacere dentro di sé commenti, critiche e ragionamenti diagnostici mentre il paziente parla. Solo dopo sarà opportuno procedere a chiarire i punti oscuri del racconto ed a verificare le ipotesi cliniche.
3. Mirare ad attingere i processi inconsci del paziente: ciò aiuterà a comprendere che cosa si cela dietro alle sue parole ed ai suoi silenzi ed a porre correttamente le domande volte a chiarire la diagnosi.
4. Comunicare al paziente che lo abbiamo capito e lo accettiamo incondizionatamente. È qui che il processo empatico raggiunge il suo culmine e può cominciare a stabilirsi un rapporto profondo.

Di particolare rilievo è il secondo di questi quattro punti. Noi medici siamo più abituati a parlare che ad ascoltare, eppure occorre anche, in certa misura, saper tacere esteriormente ed interiormente, per fare spazio a ciò che il paziente intende comunicare di sé e della sua esperienza di malattia. Occorre la fatica di "accantonare" temporaneamente il nostro sapere medico, o meglio la parte tecnica di esso, che potrebbe costituire un ingombro verso una comunicazione piena. Nessun interlocutore, con il suo mondo esperienziale, può trovare spazio dentro di noi, se la nostra mente è occupata da nozioni, ipotesi e schemi. L'ascolto empatico richiede di essere liberi da ciò che abbiamo dentro: solo così si costruisce efficacemente un rapporto. È questa una regola di vita generale (18), pienamente applicabile anche alla nostra professione. Attuandola, si sperimenta che l'"arte dell'ascolto" non comporta affatto una diminuzione del nostro ruolo, ma che, al contrario, saperla esercitare integra ed estende la professionalità e permette di raccogliere frutti altrimenti inaccessibili.

Con un rapporto impostato così, il paziente percepisce il medico non più come distante, ma prossimo. 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 (19). Quando qualcuno narra la propria storia, è influenzato dall'ascoltatore: l'attenzione e la risposta di quest'ultimo, espressa attraverso la mimica ed i gesti, modificano la modalità ed il contenuto della narrazione. Contemporaneamente, chi ascolta interpreta il racconto se-

condo il suo patrimonio di esperienza e reagisce di conseguenza (20). Il medico raccoglie la storia di un malessere concreto, la informa delle proprie nozioni scientifiche, la reinterpretata alla luce di esse, la riformula come storia clinica ed infine la restituisce al paziente come ipotesi diagnostica (21). Si parla, perciò, di costruire la storia clinica, piuttosto che raccoglierla, poiché essa risulta opera di entrambi gli attori, i quali vi contribuiscono ciascuno con le sue specificità, esperienziali da un lato e tecniche dall'altro (13).

Ecco definiti, allora, i tre obiettivi del colloquio tra medico e paziente (22):

1. raccogliere le informazioni necessarie;
2. costruire il rapporto attraverso un ascolto empatico (7)
3. fornire al paziente le nozioni utili a gestire il suo problema.

Il valore del tempo

Questa operazione, naturalmente, richiede del tempo, che spesso, nelle nostre ordinarie condizioni di lavoro, scarseggia, o noi stessi non siamo disposti a concedere. Uno studio eseguito in Germania intervistando 617 pazienti affette da carcinoma della mammella, ha evidenziato che la durata mediana della visita nella quale veniva comunicata la diagnosi era di 15 minuti; alla domanda su che cosa suggerissero di migliorare nell'assistenza, il 51% delle pazienti rispondeva che i medici dovrebbero dedicare più tempo a dare spiegazioni (23). Negli ambulatori di Medicina Generale, i ritmi possono essere ancora più sostenuti: presso 112 Medici di famiglia di Madrid, la durata media delle oltre 3500 visite registrate era di 7,8 minuti (24). È stato inoltre osservato, esaminando registrazioni di colloqui clinici, che il paziente viene interrotto in media dopo appena 18 (25) o 23 secondi (16).

Eppure, è notevole il vantaggio di incoraggiare il paziente ad esprimere il contesto psicosociale nel quale sono inseriti i suoi sintomi (26). Il tempo dedicato a ciascun paziente contribuisce, tra l'altro, a determinare la fiducia che egli ripone nel proprio medico. In uno studio statunitense, eseguito su 100 medici di Medicina Generale, è stato osservato che la fiducia nutrita per essi dai loro pazienti era correlata positivamente con la durata delle visite; inoltre, era maggiore se il medico si sforzava di comprendere l'esperienza che i pazienti avevano della malattia (27).

È anche possibile che se il medico è troppo frettoloso, il paziente consideri l'ipotesi di abbandonarlo: in uno studio condotto su 2052 pazienti di tre diverse aree metropolitane negli Stati Uniti, l'idea di cambiare il proprio medico di Medicina Generale o ginecologo era legata a tre fattori: la scarsità di informazioni fornite dal medico (odds ratio [OR] = 4,0; intervallo di confidenza al 95% [IC] = 2,4-6,6); il poco tempo da lui dedicato a rispondere alle domande (OR = 3,3; IC = 2,2 - 5,2); l'insufficiente comprensibilità delle sue risposte (OR = 2,0; IC = 1,3-3,0) (28).

Inoltre, è stato osservato che se il tempo della visita è troppo breve, è più difficile per il medico risolvere i propri dubbi diagnostici o terapeutici. Nello studio di Madrid citato sopra, di tutte le domande che i medici si erano posti nel corso delle visite, ben il 78% era lasciato inavuto e solo il 9,6% trovava risposta in presenza del paziente (24). Occorre considerare, tuttavia, che non sempre noi medici siamo liberi di dedicare ai nostri pazienti il tempo che riterremmo necessario, poiché siamo legati a quanto ci viene richiesto dalle strutture per le quali lavoriamo. Questa difficoltà è ormai universale. Di 816 cardiologi di Buenos Aires, i due terzi ritenevano adeguata per le proprie visite una durata di 20-30 minuti, ma le aziende sanitarie ne lasciavano a loro disposizione solo la metà; quasi tutti gli intervistati pensavano che ciò costituisse una violazione dei principi etici da parte dell'azienda ed i tre quarti di loro avvertivano di infrangere essi stessi l'etica professionale nell'aderire a tali disposizioni (29). Qui in Italia, l'Accordo Collettivo Nazionale degli Specialisti Ambulatoriali prevede che le prestazioni non debbano durare "meno" di 15 minuti; tuttavia, presso molte ASL questa norma viene interpretata nel senso che viene programmata una visita ogni quarto d'ora, con la conseguenza di rendere l'attività degli specialisti meno accurata, di

ridurre la fiducia che i pazienti nutrono in loro e, quindi, l'aderenza alla terapia ed i vantaggi di essa: in una parola, si disattendono i fini istituzionali di un'Azienda Sanitaria.

Investire nel rapporto: quali esiti concreti?

Un rapporto correttamente ed efficacemente impostato nel colloquio anamnestico è la premessa migliore per giungere all'alleanza terapeutica, cioè al coinvolgimento del paziente (ed eventualmente della sua famiglia) nel perseguire obiettivi condivisi. Cercare di stabilire un rapporto qualitativamente valido in vista di tale alleanza comporta dei costi professionali: occorre impegnarsi più a fondo con ciascun paziente, 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, oltre quelli già considerati riguardanti il livello di fiducia del paziente, la soddisfazione sua e del medico e l'intenzione di aderire alla terapia.

Numerosi studi clinici si sono proposti di rispondere a questa domanda ed esistono sull'argomento alcune revisioni della letteratura, che sono prese in esame nell'articolo successivo (30). Qui cito solo un'osservazione personale recente, lo studio ICON (31), nel quale abbiamo valutato l'efficacia in termini di prevenzione cardiovascolare di un approccio basato sul rapporto empatico nei confronti di pazienti anziani con basso livello d'istruzione e lavorativo, 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 (6). In particolare: è stato dimostrato interesse per le loro necessità e preoccupazioni; i progressi compiuti in termini di modifiche delle abitudini di vita ed i miglioramenti clinici ottenuti sono stati sottolineati in maniera gratificante; è stato verificato che le indicazioni date venissero comprese adeguatamente; in caso di scarsa risposta terapeutica, gli appuntamenti sono stati ravvicinati; le problematiche incontrate nell'aderire alle misure farmacologiche e non farmacologiche sono state ripetutamente esaminate; le indicazioni riguardanti la dieta e le abitudini di vita sono state rinforzate ad ogni visita, suggerendo rimedi per superare le difficoltà. E soprattutto, ci si è impegnati a praticare l'ascolto empatico, secondo i principi enunciati sopra. Ciò ha condotto alla diagnosi di numerose condizioni morbose misconosciute (462 su 503 pazienti, di cui 283 riguardanti fattori di rischio cardiovascolare o segni di danno d'organo) ed al miglioramento significativo del profilo di rischio durante il periodo d'osservazione (Fig. 2).

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 (32).

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 di medici 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 persona e, invece di aiutarlo, possiamo in realtà aumentare la sua sofferenza (33). Nostro compito è apprezzare l'unicità e l'irripetibilità della persona che ci sta di fronte (34), 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 (15), 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 neces-

sariamente 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.

A contatto col paziente, noi medici abbiamo il compito di integrare la nostra personale esperienza clinica e la nostra sensibilità umana con la più solida evidenza scientifica disponibile (35). La medicina si rivela, così, contemporaneamente una Scienza ed un'Arte (20). Qui, forse, risiede il fascino di una professione che sempre più si va confermando essere pienamente se stessa solo se orientata all'uomo.

Bibliografia

1. 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.
2. 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.
3. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration; Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, Barzi F, Bulpitt C, Chalmers J, Fagard R, Gleason A, Heritier S, Li N, Perkovic V, Woodward M, MacMahon S. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2008;336:1121-1128.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA* 1991; 266: 1831-1832.
8. Hojat M, Gonnella JS, Nasca T, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1563-1569.
9. Bolognini S. Empathy and "empathism". *Int J Psychoanal* 1997; 78: 279-293.
10. Halpern J. From detached concern to empathy: humanizing medical practice. Oxford University Press, New York 2001.
11. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005; 1100-1106.
12. Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Ann Intern Med* 1988; 108: 125-130.
13. 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.
14. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152: 1423-1433.
15. Hurwitz B. Narrative and the practice of medicine. *Lancet* 2000; 356: 2086-2089.
16. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999; 281: 283-287.
17. Matthews DA, Suchman AL, Branch WT. Making "connections": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationship. *Ann Intern Med* 1993; 118: 973-977.
18. Lubich C. La dottrina spirituale. Città Nuova, Roma 2006, p. 474.
19. 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.
20. 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).
21. Jones AH. Literature and medicine: narrative ethics. *Lancet* 1997; 349: 1243-1246.
22. Barrier PA, Li JT, Jensen NM. Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 211-214.
23. Oskay-Ozcelik G, Lehmacher W, Konsgen D, Christ H, Kaufmann M, Lichtenegger W, Bamberg M, Wallwiener D, Overkamp F, Diedrich K, von Minckwitz G, Hoffken K, Seiber S, Mirz R, Sehoul J. Breast cancer patients' expectations in respect of the physician-patient relationship and treatment management. Results of a survey of 617 patients. *Ann Oncol* 2007;18: 479-84.
24. 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.
25. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-696.
26. 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).
27. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, Epstein RM. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care* 2004; 42: 1049-1055.
28. 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.
29. Doval HC, Borracci RA, Darú VD, Giorgi MA, Samarelli M. Perception of consultation length in cardiology and its ethical implications. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24: 31-35.
30. Manzo C. L'alleanza terapeutica: ne vale la pena? Che cosa cambia negli esiti clinici. *Geriatrics Extraospedaliere* 2009; ...
31. 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.
32. Neuwirth ZE. Physician empathy - Should we care? *Lancet* 1997; 350: 606.
33. Brody H. Foreword. In: *Narrative Based Medicine*, a cura di T. Greenhalgh e B. Hurwitz, BMJ Books, London 1998 (pp. xiii-xv).
34. Lubich C. Una via nuova: la spiritualità dell'unità. Città Nuova, Roma 2002, pp. 97-112.
35. Sackett DL et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J* 1996; 312: 71-72.
36. Executive summary of the third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-2497.