

TESTATA	TITOLO	Data	Pag.
Corriere della Sera	Tra medico e paziente la relazione è vera cura	24/02/2019	54 - 55

## CORRIERE DELLA SERA / SALUTE

Che cosa accade nella mente un malato quando un dottore parla con lui? Uno studio dimostra che le diverse modalità di rapporto attivano precisi, e differenti, circuiti cerebrali. Un passo importante per capire quanto l'empatia possa influenzare davvero il successo di un trattamento

# Tra medico e paziente la relazione è vera **cura**

# U

na relazione medico paziente empatica non solo rende meno gravosa la malattia ma rappresenta una vera forma ausiliaria di cura, arrivando a modificare il funzionamento di complesse reti neuronali attraverso le quali il cervello governa processi decisionali e comportamenti.

È quanto emerge dalla ricerca F.I.O.R.E., realizzata dalla Fondazione Onlus Giancarlo Quarta di Milano con l'Università di Udine attraverso l'utilizzo di una metodica di *neuroimaging* basata sulla risonanza magnetica funzionale. Chiunque si rivolga al medico, oltre a desiderare di essere trattato secondo principi

di provata efficacia, ha bisogno di comprensione emotiva, attenzione e riconoscimento della propria indivi-

dualità, elementi che contribuiscono al successo della cura. Ma questo è un modello ideale che non sempre si concretizza nelle relazioni reali tra medici e pazienti, strette tra tecnicismi e tempi di visita soffocati.

«È per questo che all'interno delle ricerche realizzate dalla Fondazione Quarta è stato sviluppato il Modello relazionale *Ippocrates*» dice Andrea Di Ciano, coordinatore ricerche scientifiche della Fondazione Giancarlo Quarta.

«Un sistema che individua cinque aree di bisogni relazionali che dovrebbero sempre essere garantiti all'interno della relazione terapeutica. Si tratta del bisogno da parte del paziente di comprendere razionalmente quanto sta accadendo; di farsi un'idea del futuro che lo attende; di esprimere adeguatamente le proprie emozioni; di ricevere le necessarie attenzioni, e di arrivare, infine, a prendere le decisioni che la condizione di malattia comporta».

La ricerca F.I.O.R.E., il cui protocollo è stato sviluppato con la partecipazione di Lucia Giudetti Quarta, presidente della Fondazione, ha coinvolto 30 volontari sani. Mentre erano sottoposti a risonanza

magnetica funzionale, sono state mostrate loro vignette che rappresentavano situazioni definite di *influenzamento* e di *valorizzazione* e altre di tipo neutro. Le prime sono situazioni di relazione interpersonale in cui emergono la disponibilità a fornire un aiuto concreto, motivare e dare speranza; le seconde sono situazioni nelle quali vengono espressi apprezzamenti per le azioni svolte e l'adesione razionale ed emotiva.

Mentre i soggetti sperimentavano questi stati d'animo, centrali nella relazione terapeutica, venivano registrate le corrispondenti attivazioni di varie reti neuronali.

È così che si è giunti a individuare le positive modificazioni che possono verificarsi nel funzionamento cerebrale anche di un paziente in analo-

ghe circostanze: le condizioni di *influenzamento* attivano reti che coinvolgono zone di corteccia cerebrale quali il solco temporale superiore-posteriore e il giro temporale superiore-posteriore, deputate tra l'altro a processare stimoli visivi e sociali; le condizioni di *valorizzazione* attivano reti che interessano la corteccia visiva, coinvolta nei fenomeni di gratificazione.

Spiega Daniele Olivo, ricercatore dell'Università di Udine che si è occupato degli aspetti più tecnici della ricerca F.I.O.R.E.: «Abbiamo lavorato su soggetti sani e in una situazione non medica, però riteniamo che la ricerca abbia consentito di identificare i circuiti cerebrali che si attivano in situazioni di influenzamento e valorizzazione, un'attivazione che abbiamo ragione di credere rispecchi quello che avviene anche nella reale relazione medico-paziente. Si tratta di circuiti associati a fenomeni come la cosiddetta *teoria della mente* - la capacità di riconoscere, interpretare e predire i comportamenti delle altre persone - e l'empatia». Questa ricerca contribuirà a migliorare le relazioni tra medico e paziente, attualmente gravate da molti problemi «Diversi studi hanno confermato che quando un paziente inizia a parlare, il medico lo ascolta solo per pochi secondi prima di interromperlo — dice Alan Pampallona, direttore generale della Fondazione Quarta. «In tal modo si perde l'opportunità di un ascolto importante non solo ai fini della diagnosi e della terapia, ma anche della costruzione di un rapporto significativo. Questo accade probabilmente per una carenza formativa di molti medici, oppure per una condizione di burn-out dovuta all'eccessiva pressione del lavoro, o a causa dei tempi della visita che per motivi organizzativi sono sempre più contratti».

Il problema della disponibilità di tempo è centrale in questo rapporto. Ricorda Marco Gemma, direttore della struttura complessa di Anestesia e rianimazione del Fatebenefratelli-Sacco di Milano: «Il tempo è parte integrante degli strumenti di cura, ma l'organizzazione dei servizi sanitari va in un'altra direzione, al contrario di quanto avviene in altri Paesi nei quali, forse grazie anche a una diversa situazione demografica, vi si presta molta attenzione. Come ho visto a Reykjavik, in Islanda, dove molto tempo è dedicato al colloquio con pazienti, parenti e caregiver, anche da parte di figure professionali considerate poco inclini a questo tipo di attività, come i chirurghi».

«Idealmente, il medico fornisce informazioni sulle possibili opzioni e il paziente esprime i suoi valori e le sue preferenze».

**Danilo di Diodoro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### Difficoltà oggettiva Il tempo «è cura» ma viene trascurato nell'organizzazione sanitaria

Chi si rivolge al medico, oltre a desiderare di essere trattato secondo principi di provata efficacia, ha bisogno di comprensione, attenzione e riconoscimento della propria individualità

### Decisioni

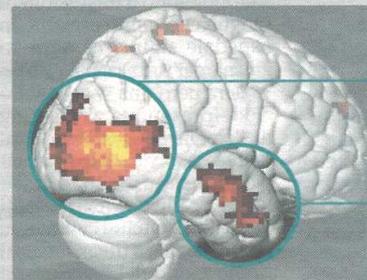
«Condividere le decisioni tra medico e paziente vuol dire lavorare insieme per arrivare a scelte in accordo con i valori e le preferenze del paziente» dice

Steven Joffe della Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, in un editoriale pubblicato su *Jama* (la rivista dei medici Usa) «Idealmente, il medico fornisce informazioni sulle possibili opzioni e il paziente esprime i suoi valori e le sue preferenze».

### Le aree del cervello coinvolte in una buona comunicazione medico-paziente

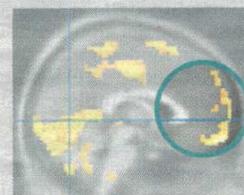
Lo studio F.I.O.R.E. ha identificato le reti di neuroni che si attivano quando il paziente si trova nell'ambito di una situazione interpersonale, e quindi anche di una relazione terapeutica, di aiuto concreto e incoraggiante (**influenzamento**), oppure che dà valore ai suoi comportamenti (**valorizzazione**)

#### INFLUENZAMENTO



Giro temporale superiore-posteriore

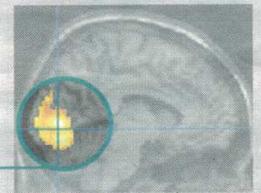
Giro temporale medio-posteriore



Corteccia mediale pre-frontale

#### VALORIZZAZIONE

Corteccia visiva



### Gli aspetti biopsicosociali e emotivi dell'incontro con il paziente sono migliori quando il medico



Fonte: Adattamento da Studio F.I.O.R.E., Fondazione Onlus Giancarlo Quarta e Università di Udine; Pensieri C. et al.: Doctor-patient communication tricks. Oncological study at Campus Bio-Medico University of Rome (Clin. Ter. 2018; 169 (5): e224-230) Cds

# Serve una medicina tra «persone»

«**C**io di cui abbiamo bisogno è una forma di assistenza che potremmo definire "medicina interpersonale", davvero capace di rispondere alle specifiche circostanze, capacità e preferenze di ogni singolo paziente» dicono Stacey Chang e Thomas Lee in un recente editoriale pubblicato sul *New England Journal of Medicine*. Ricordano anche che a causa di una carente comunicazione tra medico e paziente, quest'ultimo spesso non aderisce ai trattamenti prescritti, con un danno per se stesso e per l'intera società. La medicina interpersonale proposta da Chang e Lee dovrebbe rappresentare una sorta di miglioramento dell'*Evidence based medicine* (medicina basata sulle prove) che, a loro modo di vedere, negli ultimi decenni avrebbe spostato troppo l'accento sull'efficacia dei trattamenti e meno sul rapporto medico-paziente.

La necessità di cambiamento deriva anche da fatto che il panorama delle malattie è si profondamente modificato rispetto al passato. «Oggi ci ammaliamo soprattutto per disturbi cronici come obesità, diabete e disturbi cardiovascolari» dicono ancora. «E molte morti sono dovute a suicidi, alcol e droghe. Una situazione diversa da quella che vivevano le generazioni precedenti. Ed è evidente che la nuova situazione ha le sue radici in determinanti della salute non solo biofisici, ma anche sociali e comportamentali. E che non possono essere affrontati in visite ambulatoriali basate esclusivamente su prove di efficacia, per quanto valide».

I pazienti sono in genere più consapevoli dei medici della necessità di dare maggiore rilievo agli aspetti relazionali del rapporto terapeutico, come hanno confermato studi realizzati sul vissuto di chi si trova ad affrontare una

condizione di malattia. «È molto importante la modalità attraverso la quale i trattamenti sono erogati — dicono ancora Chang e Lee — e non c'è da sorprendersi di fronte al dato che indica come una migliore comunicazione da parte del medico sia associata a un incremento del 19 per cento dell'aderenza del paziente alle terapie prescritte».

Secondo Filippo de Braud, professore di Oncologia medica dell'Università di Milano, «al paziente va spiegata non solo qual è la malattia di cui soffre, ma anche quali saranno le conseguenze sulla vita sua e della sua famiglia. È comprensibile che il malato voglia sapere quali sono le difficoltà cui andrà incontro e in che momento della malattia si presenteranno, quando comparirà eventualmente il dolore, e come andrà gestito, quale sarà il momento in cui dovrà affrontare le difficoltà maggiori. È compito del medico cercare di dare le giuste informazioni affinché il paziente possa avere quel po' di

## Cosa dire

**Al paziente va spiegata non solo qual è la malattia di cui soffre, ma anche quali saranno le conseguenze sulla vita sua e della sua famiglia. È comprensibile che il malato voglia sapere a quali difficoltà andrà incontro in che momento si presenteranno, quando comparirà eventualmente il dolore e come andrà gestito**

serenità che la sua situazione gli consente. Un processo nel quale è anche molto importante coinvolgere il caregiver, chi si occuperà di lui e gli starà vicino in quel percorso».

Un altro aspetto al quale va prestata molta attenzione è l'esame fisico del paziente. Una procedura in passato fondamentale ai fini della diagnosi ma che serviva anche a creare un senso di vicinanza tra il medico e il paziente. Oggi per diversi motivi - l'arrivo in ambulatorio del computer e del suo schermo che fa da barriera, la burocratizzazione della visita, l'oggettiva prevalenza dei test e degli esami di laboratorio sulla visita manuale - questo contatto fisico è diventato sempre meno frequente. «Un rituale che ha un anche una caratteristica precisa: è centrato su quello specifico paziente ed è individuale per sua natura» sottolinea dice Junaid Zaman in un articolo sulla rivista *Medical Clinics of North America*.

D.d.D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Per saperne di più** su argomenti di neuroscienze <https://www.corriere.it/salute/neuroscienze>

## Esame di competenze sociali per i camici bianchi

**M**edici che sanno ammettere le proprie incertezze, incoraggiano l'espressione delle emozioni e si rendono accessibili. Sono alcune caratteristiche che, oltre alla competenza, dovrebbe avere il medico ideale, come è emerso da una ricerca coordinata da Tim Doman del Centre for medical education dell'Università di Belfast, pubblicata su *Medical Education*. Ma la formazione del medico è troppo orientata in senso solo tecnico. Sottolinea infatti Fabio Sambataro, professore di psichiatria all'Università di Udine: «Negli Stati Uniti gli specialisti si sottopongono

ogni cinque anni a una verifica delle abilità cliniche, che comprende competenze nella relazione medico-paziente. Un tipo di controllo che in Italia non esiste. In ogni caso quello che osserviamo è che l'attenzione degli studenti di medicina verso questo aspetto comincia a declinare già verso il terzo anno di università, quando le competenze tec-

---

---

### In Italia

Al terzo anno di studi, le capacità tecniche hanno il sopravvento. Il resto viene scordato

niche prendono il sopravvento. Si crea una specie di amnesia degli aspetti sociali della professione medica, forse anche a seguito della sempre più frequente mancanza di maestri di riferimento. Una situazione cui si potrebbe porre rimedio con specifici training, come ha dimostrato un recente studio pubblicato sulla rivista *Jama*: otto settimane di training specifico sulla relazione medico paziente sono in grado di migliorare la comunicazione con il paziente e anche il livello di soddisfazione del medico, riducendo il rischio di un suo burn out».

**D.d.D.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA