TESTATA	TITOLO	Data	Pag.
Corriere Salute	Parole che fanno male (davvero)	02/06/2022	1; 4-5; 7

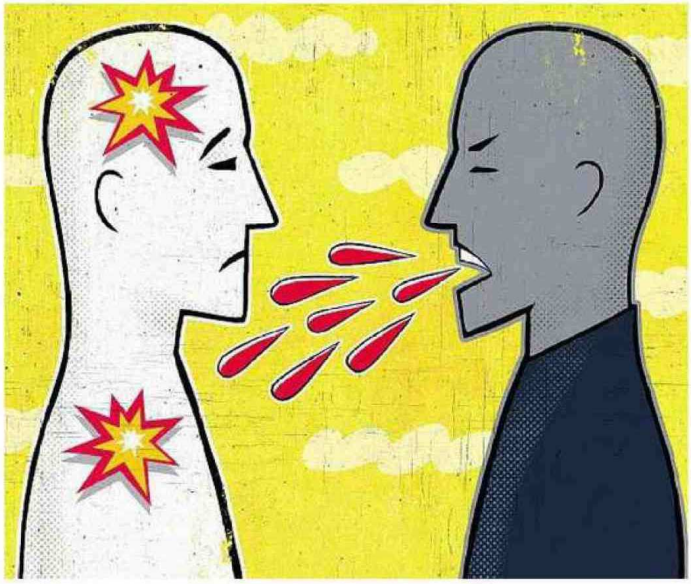
CORRIERE SALUTE

Il mancato riconoscimento di un bisogno, come quello di essere ascoltati dal medico (e non solo), genera un profondo disagio. Ora si sa con maggiore precisione perché empatia o, al contrario, distacco rivestano un ruolo molto importante per chi sta affrontando una malattia grave

Parole che fanno male (davvero)

QUANDO LA NOSTRA SENSIBILITÀ È FERITA, NEL CERVELLO SI ATTIVANO LE STESSE CONNESSIONI «ACCESE» DAL DOLORE FISICO

Dossier a cura di **Danilo di Diodoro**



Riproduzione Riservata

Il mancato riconoscimento di un bisogno, come per esempio essere ascoltati, attiva nel cervello circuiti nervosi simili a quelli legati al dolore fisico. Un risultato che spiega come l'atteggiamento di empatia o, al contrario, di distacco abbia un ruolo importante per le persone che stanno affrontando una malatti

Così la mente reagisce a ostilità e indifferenza

Si «accende» il sistema di allarme che prepara alla lotta o alla fuga (anche dal medico)

di **Danilo di Diodoro**

Ha una solida base neurobiologica quel senso di malessere che si prova quando altre persone hanno verso di noi atteggiamenti e comportamenti che ci feriscono. Infatti, in queste situazioni si attivano nel cervello aree appartenenti sia alla sfera cognitiva sia a quelle emotiva e motoria, come se ci si preparasse in qualche modo alla fuga o all'attacco, come se si percepisse una minaccia alla propria integrità psicofisica. Questi network, che si attivano quando i comportamenti degli altri feriscono la nostra sensibilità, sono inoltre gli stessi che si mettono in azione quando si percepisce dolore fisico, per cui si può dire che davvero parole e atteggiamenti ostili o non supportivi possono ferire. È quanto emerge da una innovativa ricerca sperimentale realizzata dalla Fondazione Giancarlo Quarta Onlus di Milano da tempo impegnata in studi in questo settore (si veda box a destra), considerato sempre più importante all'interno della relazione clinica. La ricerca, denominata F.I.O.R.E. 2 (Functional Imaging of Reinforcement Effects), è stata realizzata in collaborazione con l'Università di Padova e il Padova Neuroscience Center (Pnc). Fa seguito a una precedente sperimentazione che aveva misurato gli effetti cerebrali di una comunicazione che invece era da considerarsi positiva e che andava incontro alle aspettative e ai bisogni delle persone (F.I.O.R.E.1)

La ricerca

La ricerca F.I.O.R.E. 2 è stata realizzata su volontari sani, 30 persone di entrambi i sessi e di età compresa tra i 19 e i 33 anni, sottoposte a indagini di visualizzazione cerebrale realizzate con la Risonanza Magnetica Funzionale. I ricercatori hanno esaminato l'attivarsi dei diversi network di neuroni mentre i soggetti dovevano immedesimarsi in alcune vignette relative a relazioni sociali caratterizzate da stimoli positivi, neutri o negativi. Un esempio è l'immagine di una persona che sta salendo sul treno con una valigia pesante: l'individuo dietro di lei sbuffa e non aiuta (rinforzo negativo), resta immobile e aspetta (atteggiamento neutro), sorride e aiuta a caricare la valigia (rinforzo positivo). Oltre a sottoporsi alla Risonanza Magnetica, i volontari hanno compilato due test di valutazione della personalità e dell'affettività: il BFQ – Big Five Questionnaire e il QDF - Questionnaire on Daily Frustrations.

«Durante l'esposizione a una situazione

Riproduzione Riservata

"antisociale" abbiamo osservato variazioni di attivazione cerebrale locale e di connettività funzionale tra diverse aree, quindi della sincronia tra diverse regioni cerebrali» spiega Fabio Sambataro del Dipartimento di neuroscienze dell'Università di Padova. «In particolare, il *giro temporale superiore*, le *aree visive secondarie*, le *aree motorie*, il *talamo* e la *corteccia dorsomediale prefrontale* si attivano maggiormente, mentre diminuisce la connettività tra regioni temporali e invece aumenta quella delle *regioni motorie e prefrontali* con *aree postcentrali, insula e cingolato anteriore*».

Il riconoscimento del comportamento «antisociale» è un fenomeno complesso, ma può essere diviso in maniera schematica secondo un ordine temporale.

«Possiamo riconoscere diverse fasi che corrispondono al reclutamento di circuiti specifici» aggiunge Sambataro. «Innanzitutto avviene il "riconoscimento della situazione di interazione sociale", tramite la *corteccia temporale superiore*, che appartiene al circuito della teoria della mente, la capacità cioè di comprendere il comportamento degli altri. Segue la "risposta affettiva negativa", in cui le strutture del sistema limbico e quelle del talamo si attivano e modificano la loro connettività con il *circuito della salienza* - ossia dell'importanza che viene data all'evento - del dolore, ma anche quella della *risposta motoria*. In ultimo si attiva la "risposta di controllo dell'attività motoria": la *corteccia prefrontale* controlla l'attività della corteccia motoria stessa, inibendo possibili comportamenti impulsivi».

Il mancato riconoscimento dei bisogni di una persona rappresenta quindi una vera e propria violazione della relazione sociale, fenomeno ancora più evidente e importante se quella relazione è tra medico e paziente.

«Ne consegue una reazione immediata che è emotiva, psichica e fisica, con attivazione di un importante sistema di allarme, che coinvolge un circuito neurale simile a quello del dolore fisico» dice ancora Sambataro. «Se il disallineamento bisogno-risposta persiste, la relazione può perdere di significato e addirittura arrivare a minare l'autostima, rendendo la relazione stessa inutile, se non addirittura dannosa. Il medico dovrebbe sempre trovare il tempo e i modi per ascoltare il paziente con i suoi spazi e tempi, accogliendo il suo bisogno di empatia, di riconoscimento, per poter garantire una relazione che sia realmente terapeutica».

Gli effetti

Un classico studio sugli effetti positivi che può avere invece una corretta e attenta comunicazione con pazienti che si avviano al difficile periodo del fine vita e con i loro familiari è quella pubblicata alcuni anni fa sul *New England Journal of Medicine* da parte di un gruppo di ricercatori guidati da Alexandre Lautrette, anestesista e rianimatore del Centre Jean Perrin di Clermont-Ferrand (Francia). Lo studio, un trial randomizzato e controllato, ha dimostrato che un approccio proattivo e attento alla comunicazione con pazienti e familiari è in grado di ridurre in questi ultimi i sintomi di ansia e depressione oltre che il rischio di sviluppare un disturbo da stress post-traumatico in seguito alla morte del loro congiunto. I familiari del gruppo in cui fu sperimentalmente inserita la modalità strutturata di comunicazione ebbero maggiori possibilità di discutere i desideri del paziente e le difficili scelte che si imponevano, di esprimere le loro emozioni, alleviare i sensi di colpa e comprendere quelli che erano gli obiettivi delle cure, non sempre immediatamente intuibili.

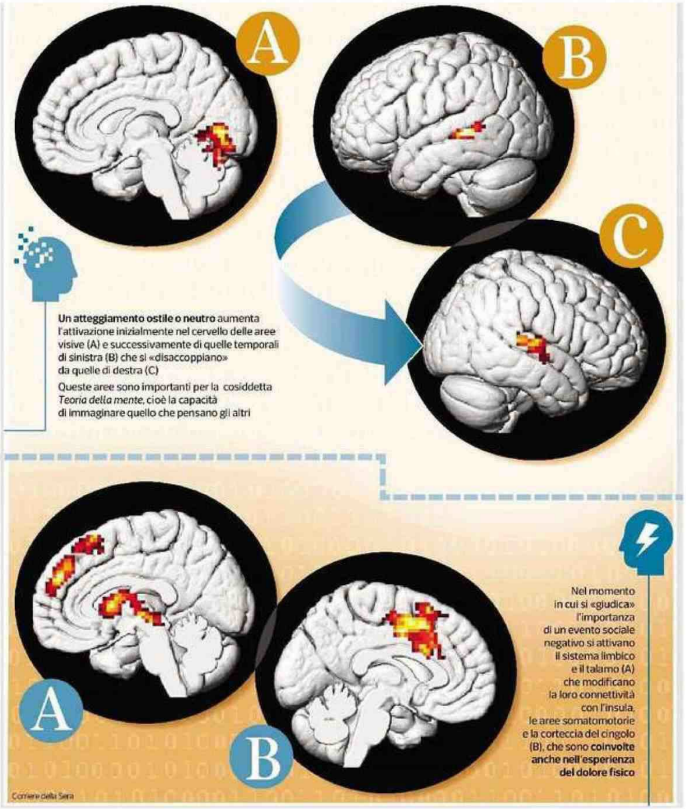
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Placebo

«Le aspettative positive sull'efficacia di un analgesico possono incrementarne l'efficacia e quelle negative ridurla fino ad annullarla» dice Alan Pampallona direttore generale della Fondazione Giancarlo Quarta. «La variabile psicologica (detta effetto placebo o nocebo) può agire sugli effetti di un principio attivo e

Riproduzione Riservata

trova riscontro in molteplici ambiti terapeutici. Una nostra precedente ricerca su malati con patologie gravi al punto da modificare la percezione stessa della vita, ha mostrato come la capacità di dare un senso alla propria condizione fosse correlata positivamente a una migliore qualità di vita e alla capacità di affrontare la malattia. I comportamenti del medico in tal senso sono fondamentali, e le parole possono letteralmente curare o ferire».



La storia

Pierdante Piccioni: «Ho superato la diffidenza dei colleghi»

Nel maggio 2013, Pierdante Piccioni, primario all'ospedale di Lodi, ha un incidente d'auto e viene ricoverato in coma. Poche ore dopo si risveglia, ma scopre che il suo ultimo ricordo è fermo al 25 ottobre 2001, dodici anni prima della realtà che sta vivendo. Ha una lesione alla corteccia cerebrale, così che quei 12 anni della sua vita sono spariti dalla memoria, portandosi via, tra l'altro, la conoscenza del cambio dalla lira all'euro e l'intera rivoluzione digitale. Il dottor Piccioni sembra tagliato fuori non solo dalla sua storia personale e da quella della sua famiglia, ma anche dalla professione. I colleghi che lo curano gli fanno capire che non ci sono speranze di riprendere l'attività professionale. Ma il dottor Piccioni inizia una battaglia personale contro queste previsioni negative, riprende a studiare e lotta per una completa riabilitazione personale e professionale. E poi racconta la sua incredibile vicenda nel libro *Meno dodici* (Mondadori, 2020) scritto con Pierangelo Sapegno, dal quale poi è stata tratta la serie televisiva *Doc – nelle tue mani*.

Formazione

Un rianimatore deve imparare a comunicare

La comunicazione medico-paziente dovrebbe essere considerata una competenza professionale di primo piano, anche in specializzazioni nelle quali ha grande rilievo la componente tecnologica. «In Anestesia e rianimazione ormai è un concetto acquisito, ed è un elemento importante dei percorsi formativi» dice Alberto Giannini, direttore dell'Anestesia e rianimazione pediatrica dell'Ospedale dei bambini degli Spedali civili di Brescia. «L'attenzione alla relazione medico paziente è parte essenziale del fare buona medicina. In una Rianimazione, così come sono necessarie delle competenze ventilatorie, c'è bisogno di quelle nell'ambito della relazione. L'etica clinica e l'attenzione alle cure di fine vita sono entrate nelle scuole di specializzazione di recente (nel 2015) e non sempre sono sufficientemente considerate nei programmi di insegnamento».

Cure palliative

Un modo delicato di dare brutte notizie

«Chi lavora nelle cure palliative deve affrontare contenuti informativi negativi, ma quando non si riesce a offrire soluzioni, molto si può ancora fare sul versante della relazione con il paziente» dice Augusto Caraceni, direttore delle Cure palliative, terapia del dolore e riabilitazione dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. «Bisogna creare uno spazio specifico per la comunicazione. I pazienti vogliono conoscere la verità, ma questo passaggio va fatto cercando sempre di mantenere viva la speranza. Non ci sono formule specifiche, tuttavia si deve sempre cercare di scegliere il momento migliore per dare un'informazione negativa».

Dubbi

Le domande dei pazienti prima di un'operazione

«Devo fare o no l'intervento?» è una domanda che come chirurghi ci accade spesso di ricevere dai pazienti» dice Lorenzo Menicanti, direttore dell'area chirurgica Cuore del Policlinico S. Donato di Milano. «Riuscire a guidare i pazienti in questa scelta è difficile anche da un punto di vista morale. La competenza clinica deve essere sempre accompagnata dall'empatia. E se da una parte non bisogna mai raccontare favole al paziente, dall'altra il dovere di un medico è sempre quello di provare a dare una qualche speranza».

Fondazione Quarta

L'impegno nella cultura dell'ascolto

La Fondazione Giancarlo Quarta è una Onlus impegnata da anni nell'indagine clinico-sociale sul tema del rapporto medico-paziente, con lo scopo di alleviare per quanto possibile le sofferenze di chi affronta una grave malattia. «La Fondazione realizza ricerche che mirano a produrre evidenze scientifiche sulla capacità insite nelle parole del medico, nelle sue argomentazioni e nei suoi comportamenti» dice Lucia Giudetti Quarta, presidente della Fondazione. «Parole e comportamenti che possono influenzare molto il paziente, il suo benessere psicologico, ma anche la sua adesione alle terapie e gli esiti raggiungibili, incidendo sull'efficacia del percorso di cura. L'idea di costituire una fondazione per sviluppare e diffondere la cultura della corretta relazione di cura è nata nel 2003, dopo la morte di mio marito, Giancarlo Quarta, per un tumore al pancreas. Le sue cure durarono oltre tre anni e in quel periodo ho avuto occasione di relazionarmi con molti medici. Alcuni mi hanno dedicato ascolto, attenzione e risposte mirate, e con loro sono ancora in rapporto; ma purtroppo ho anche incontrato medici che hanno mostrato impreparazione nella gestione della relazione di cura. Capivo la loro difficoltà nell'affrontare l'apprensione dei malati e dei familiari, ma ricordo ancora oggi la grande sofferenza che le parole di alcuni di loro hanno provocato in me. In quegli anni mi occupavo, come consulente, di formazione alla relazione per manager aziendali e per me era un istinto immediato quello di rilevare gli errori comportamentali dei medici. Allora ho iniziato a pensare a tutte le persone che vivevano la mia stessa situazione di pena e di ansia e ho ipotizzato di organizzare attività mirate a sviluppare le abilità di relazione dei medici». La Fondazione Quarta ha già realizzato una prima ricerca denominata F.I.O.R.E. 1, che ha esplorato gli effetti dei rinforzi positivi all'interno della relazione medico paziente, evidenziando che una relazione empatica non solo rende meno gravosa la malattia, ma è una forma ausiliaria di cura, arrivando a modificare il funzionamento di complesse reti neuronali attraverso le quali il cervello governa processi decisionali e comportamenti.

D. d D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Esperimenti

L'accudimento è vitale Senza scambi emotivi la sopravvivenza è a rischio

La relazione medico paziente è un setting all'interno del quale si manifestano importanti bisogni relazionali, non sempre soddisfatti. È quindi anche un ambito di ricerca, teso a migliorare non solo il senso di soddisfazione dei pazienti ma anche l'esito delle cure. «Quando parliamo di bisogni relazionali ci riferiamo a bisogni profondi e, letteralmente, esistenziali, altrettanto importanti dei bisogni fisiologicamente primari, come mangiare e bere» dice Alan Pampallona. «La relazione medico paziente, specie in caso di patologie gravi, permette di attivare una sorta di lente d'ingrandimento conoscitiva su questi aspetti e di intervenire concretamente per alleviare situazioni di reale disagio e sofferenza». L'importanza degli aspetti affettivi ed emotivi delle relazioni significative, tra le quali certamente è da collocare quella tra medico e paziente, emerge da molta ricerca attuale, ma era stata evidenziata già in passato da esperimenti che oggi sarebbero considerati inaccettabili da un punto di vista etico. «Forse molti ricordano, l'esperimento, tra leggenda e realtà, che fu realizzato da Federico II » dice ancora Pampallona. «Nel corso dello studio, neonati perfettamente nutriti, ma deprivati del contatto e della relazione con la madre, o altre figure significative con funzioni di accudimento, deperivano fino a morire. Agli stessi risultati, giunse nel 1958 Harry Harlow con un celebre e crudele esperimento, successivamente riportato nell'articolo *La natura dell'amore* nel quale dimostrò che la soddisfazione di bisogni primari, come il contatto fisico e il senso di protezione, sono essenziali per lo sviluppo psicofisico e talvolta la sopravvivenza. Nel caso specifico, lo studio di deprivazione fu comunque effettuato su dei macachi e non su esseri umani. In ogni caso, sebbene esistano studi sui benefici che una buona relazione tra i curanti e i pazienti può indurre su qualità della vita, aderenza alle terapie, appropriatezza, efficienza della spesa sanitaria, riduzione del contenzioso, la loro applicazione sistematica in ambito clinico non è così diffusa, restando spesso nell'ambito della ricerca».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Riproduzione Riservata

Soddisfazione di bisogni e attese

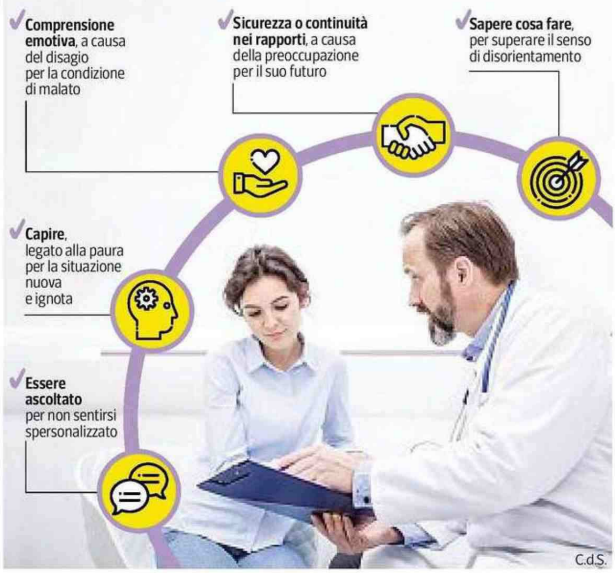
I «rinforzi positivi», quelli «negativi» e i loro effetti

La relazione medico paziente diventa sempre più interdisciplinare, non solo nella pratica clinica, ma anche quando finisce sotto la lente di osservazione della ricerca. «In un percorso di cura, le azioni terapeutiche sono sempre accompagnate da comportamenti e parole» dice Andrea Di Ciano, responsabile Ricerche Scientifiche della Fondazione Giancarlo Quarta. «La relazione riguarda le modalità con cui viene detto e fatto quanto previsto dal percorso di cura. Negli anni è stato definito un modello relazionale che correla i bisogni relazionali dei pazienti ai comportamenti dei medici. Con il termine "rinforzi positivi", si indicano specifici comportamenti adatti a soddisfare questi bisogni. Facendo riferimento ai lavori di Abraham Maslow, riadattati alle situazioni cliniche, abbiamo definito cinque grandi aree di bisogno caratterizzate da una particolare condizione emotiva. Si tratta del bisogno di capire, accompagnato dalla paura per la situazione nuova e ignota; del bisogno di sicurezza o continuità nei rapporti, caratterizzato dalla preoccupazione per il futuro; del bisogno di comprensione emotiva, accompagnato dal senso di disagio connesso alla nuova condizione; del bisogno di essere ascoltati, per non sentirsi spersonalizzati; del bisogno di sapere cosa fare, per superare il senso di disorientamento. Ad esempio, a proposito del bisogno di capire: è il modo in cui vengono comunicate le informazioni a determinare se la comunicazione viene effettivamente capita dal paziente. Per questo, noi definiamo il livello di qualità della relazione medico paziente attraverso una valutazione di quanto risultano soddisfatti i bisogni di quest'ultimo. Nella realtà concreta, il tempo e il setting sono vincolanti, così abbiamo rielaborato il concetto comportamentista di "rinforzo". I "rinforzi positivi" soddisfano i bisogni dei pazienti e producono gratificazione, favorendo la ripetizione dei comportamenti funzionali al percorso di cura e l'estinzione di quelli non funzionali. I "rinforzi negativi", invece, sono le modalità di comportamento che ignorano i bisogni e generano frustrazione, producendo conseguenze conflittuali che possono portare alla rottura del rapporto».

Nei progetti di ricerca F.I.O.R.E. si punta a rilevare gli effetti prodotti a livello cerebrale dal ricevere un rinforzo positivo, come è avvenuto in un primo studio, o un rinforzo negativo, come è avvenuto nel secondo studio. «Per questo è stato necessario operare una "riduzione sperimentale" dei rinforzi indagati, così da ottenere dei concetti chiari e non equivoci» dice ancora Di Ciano. «Nel primo studio, i rinforzi positivi analizzati erano rappresentati dal fornire aiuto concreto e incoraggiamento e dal mostrare apprezzamento. Nel secondo studio, il rinforzo negativo analizzato è stato un comportamento che ignora il bisogno dell'interlocutore, senza essere punitivo o minaccioso. Su queste premesse abbiamo costruito i testi e le immagini, usati nella ricerca, sottoponendoli a una procedura di validazione».

È così che si è cercato di garantire che i risultati emersi riguardassero realmente ciò che si intendeva misurare.

D. d D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

All'interno di una relazione con il medico il paziente ha cinque aree di bisogno legate alla sua particolare condizione emotiva