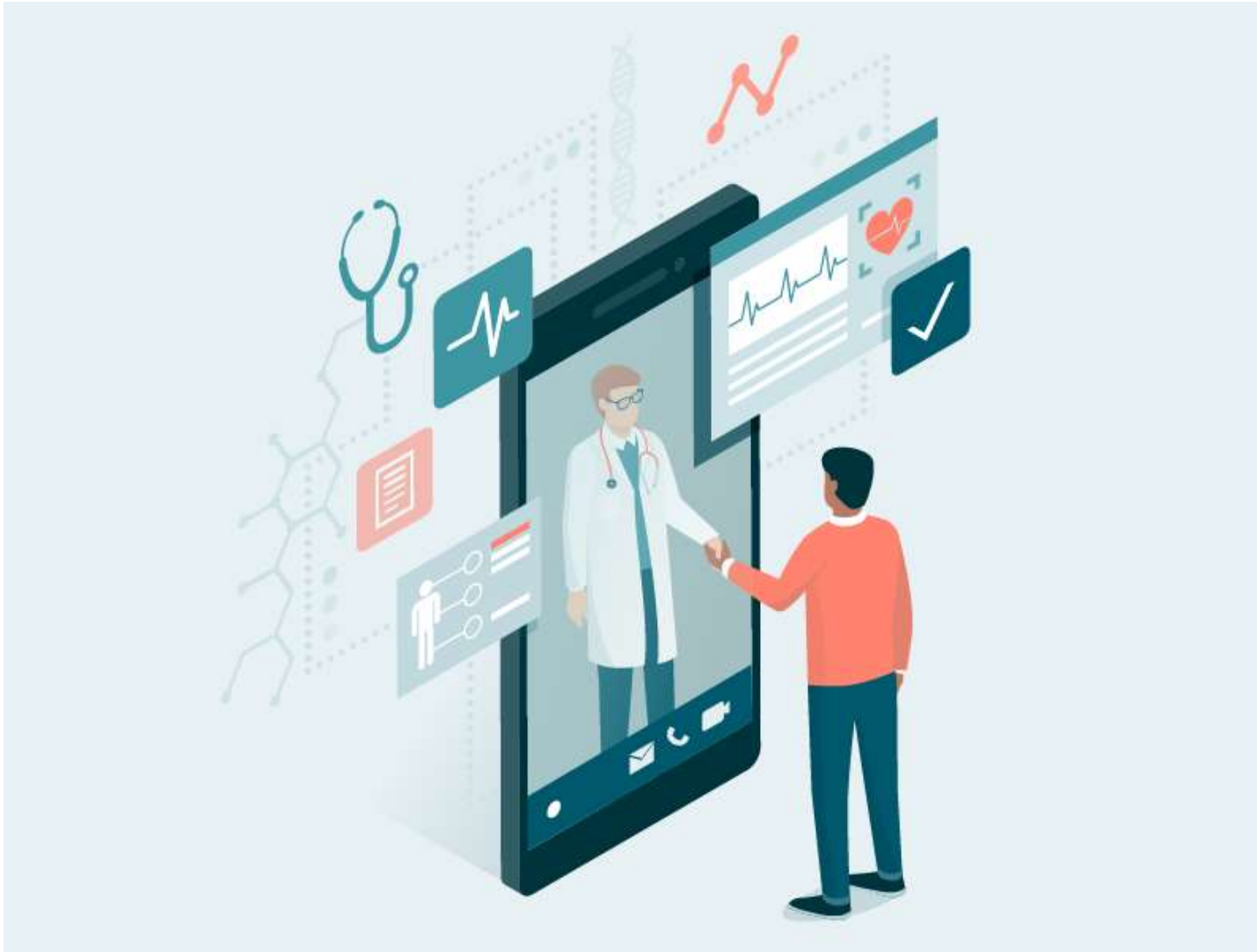


# LA COMUNICAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE NELLA TRASFORMAZIONE DIGITALE

Aspetti psicologici del  
rapporto medico  
paziente nel digitale





---

Com'è cambiato il medico

---

Com'è cambiato il paziente

---

Come cambia la relazione medico – paziente

---

Come tecnologia e telemedicina supportano questo cambiamento

# Eric Topol, quali timori

La medicina è diventata disumana, con effetti disastrosi. Il rapporto medico-paziente – il cuore della medicina – è spezzato: i medici sono troppo distratti e occupati per **entrare veramente in contatto** con i loro pazienti.

*«non riesci nemmeno a mantenere il contatto visivo»*

*«la distrazione dei medici che fungono da impiegati di dati. In questo caso non sarai un buon ascoltatore»*

Secondo Topol la medicina digitale e l'applicazione dell'intelligenza artificiale ci consentono di automatizzare e semplificare: "Sgravando il medico di tutti quei compiti che interferiscono con la **relazione umana**, riducendo il rischio di errore e restituendogli il tempo per **prendersi cura del paziente**, rendendo così l'assistenza sanitaria ancora una volta umana".

# DEEP MEDICINE

HOW ARTIFICIAL  
INTELLIGENCE  
CAN MAKE  
HEALTHCARE  
HUMAN AGAIN

ERIC TOPOL

With a foreword by  
ABRAHAM VERGHESE,  
author of *Caring for None*



## Lynda Chin, questione di tempo

A sostegno del suo pensiero, Topol, nel suo libro *Deep Medicine*, riporta una frase di Lynda Chin, membro eletto della National Academy of Medicine: “Immagina se un medico potesse avere tutte le informazioni necessarie sul paziente in due minuti così da dedicare alla visita e al dialogo con il malato 13 minuti, invece di spendere 13 minuti per raccogliere informazioni e solo 2 minuti per parlare con il paziente”. Per mettere di nuovo al centro il paziente anche per Lynda Chin la strada è la semplificazione e l'automatizzazione di tutti i processi ripetitivi e l'Intelligenza Artificiale è lo strumento per raggiungere tale obiettivo.

# DEEP MEDICINE

HOW ARTIFICIAL  
INTELLIGENCE  
CAN MAKE  
HEALTHCARE  
HUMAN AGAIN

ERIC TOPOL

With a foreword by  
ABRAHAM VERGHESE,  
author of *Caring for None*





# Tempo, contatto, ascolto, dati, quale integrazione?

Legata alla costruzione di un buon legame tra clinico e paziente, c'è l'abilità del clinico di entrare e capire, sia a livello affettivo che cognitivo, il **mondo fenomenologico del secondo** (Bohart, Elliott, Greenberg, Tatson 2002).

La comprensione della mente altrui, cioè comprendere i propri ed altrui stati mentali, permettendo di fare inferenze circa le ragioni per cui le persone agiscono in un determinato modo e di **comprendere cosa sta accadendo nella mente dell'altra persona** (Baron-Choen, 1995, Byrne 1995, Flavell 2004).



# Basi psicologiche di interpretazione

**Teoria della Mente:** Baron-Cohen et al., 1985, ToMM, Theory of Mind Mechanism, sistema che serve per inferire dal comportamento l'intera gamma degli stati mentali.

<b>Fase 1</b>	Dalla nascita a 9 mesi	Rappresentazioni diadiche
<b>Fase 2</b>	Da 9 mesi a 18 mesi	Rappresentazione triadica
<b>Fase 3</b>	Da 18 mesi a 4 anni	ToMM



Queste tre fasi si poggiano su questi 3 meccanismi

<b>Fase 1</b>	ID: Intentionality Detector	Dispositivo percettivo che intercetta stimoli in movimento
<b>Fase 2</b>	EDD: Eye Direction Detector	Rilevatore della direzione degli occhi, ha la funzione di attribuire uno stato percettivo ad un altro organismo
<b>Fase 3</b>	SAM: Share Attention Mechanism	Meccanismo dell'attenzione condivisa (Baron Cohen, <u>meccanismo capacità empatiche</u> )

# Attività di mentalizzazione

La Teoria della Mente come base di sviluppo della capacità di mentalizzazione.

**Mentalizzare:** attività di comprensione del comportamento altrui in relazione a stati mentali (scopi, credenze, emozioni, valutazioni, aspettative altrui)

**Modalità:** vedere se stessi dall'esterno e gli altri dall'interno

**Funzioni:** regola le emozioni; sviluppo di relazione interpersonali



<b>Durante il 2° anno</b>	Inizio della mentalizzazione. Acquisizione di un linguaggio che rappresenta gli stati mentali interni
<b>Tra i 3 e i 4 anni</b>	Concettualizzazione della mente come sistema di rappresentazioni
<b>6 anni</b>	Le autorappresentazioni si organizzano in racconto autobiografico

# Basi psicologiche di interpretazione

**Teoria dell'attaccamento:** J. Bowlby (1907-1990), teorizza esistenza di modelli operativi interni (MOI), (sviluppo 6 mesi - 3 anni), insieme di regole per organizzare le informazioni rilevanti rispetto all'attaccamento.

- 4 sistemi rappresentazionali: aspettative sui caregiver, rappresentazioni di eventi, ricordi autobiografici, capacità di comprendere le caratteristiche psicologiche delle altre persone e distinguerle dalle proprie.

Regola il comportamento, la cognizione e l'affetto nelle relazioni, fornendo una guida su come comportarsi, cosa aspettarsi e prevedere, come interpretare il significato di eventi interpersonali ambigui.



*“Bowlby, grazie alla cultura evuzionistica, estese all'uomo i dati provenienti dall'osservazione etologica comparata, dimostrando che anche nella nostra specie è presente una disposizione innata a cercare cura da un membro del proprio gruppo sociale quando si verifica una situazione di pericolo” Farina e Liotti 2011*



# E.S. Bordin, dall'interazione all'alleanza

PSYCHOTHERAPY: THEORY, RESEARCH AND PRACTICE  
VOLUME 16, #3, FALL, 1979

## THE GENERALIZABILITY OF THE PSYCHOANALYTIC CONCEPT OF THE WORKING ALLIANCE<sup>1</sup>

EDWARD S. BORDIN\*  
University of Michigan  
Ann Arbor, Michigan

**ABSTRACT:** *The psychoanalytic concept of the working alliance is reviewed and elaborated. It is argued that various modes of psychotherapy can be meaningfully differentiated in terms of the kinds of working alliances embedded in them. Moreover, the strength, rather than the kind of working alliance, will prove to be the major factor in change achieved through psychotherapy. Strength of alliance will be a function of the goodness of fit of the respective personalities of patient and therapist to the demands of the working alliance. Past research bearing on these propositions and indicated future research are discussed. Extensions to changes sought in teaching and other group processes are briefly touched.*

tioners who are also research workers, to call attention to a point of view that can encompass most, if not all, approaches to psychotherapy and can lead toward the needed convergence in research. There has been a promising rate of growth of research and research workers, with encouraging trends toward a coming together on basic issues; I aim to contribute to that movement. Moreover, because of the generalizability of my ideas to all change situations, I hope to stimulate research applications to teaching and to community change processes.

I propose that the working alliance between the person who seeks change and the one who

Bordin definì l'alleanza di lavoro come un costrutto contraddistinto da tre caratteristiche fondamentali:

1. l'accordo rispetto agli Obiettivi (Goals),
2. l'accordo rispetto ai Compiti specifici (Tasks)
3. lo sviluppo di un Legame interpersonale costituito da sentimenti reciproci positivi (Semerari, 2000).

*“L'alleanza terapeutica tra la persona che ricerca il cambiamento e colui che si propone come agente di tale cambiamento è una delle chiavi, se non la chiave, del processo di cambiamento stesso”*

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260

# La relazione è il cuore di ogni processo terapeutico

L'accordo su obiettivi e compiti è infatti indispensabile per far sì che il paziente si impegni ad applicare le tecniche a partire da una fiducia di base nel trattamento.

Semerari, A. (2000). Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva. Roma: Editori Laterza. erari, 2000; Lingiardi, 2002

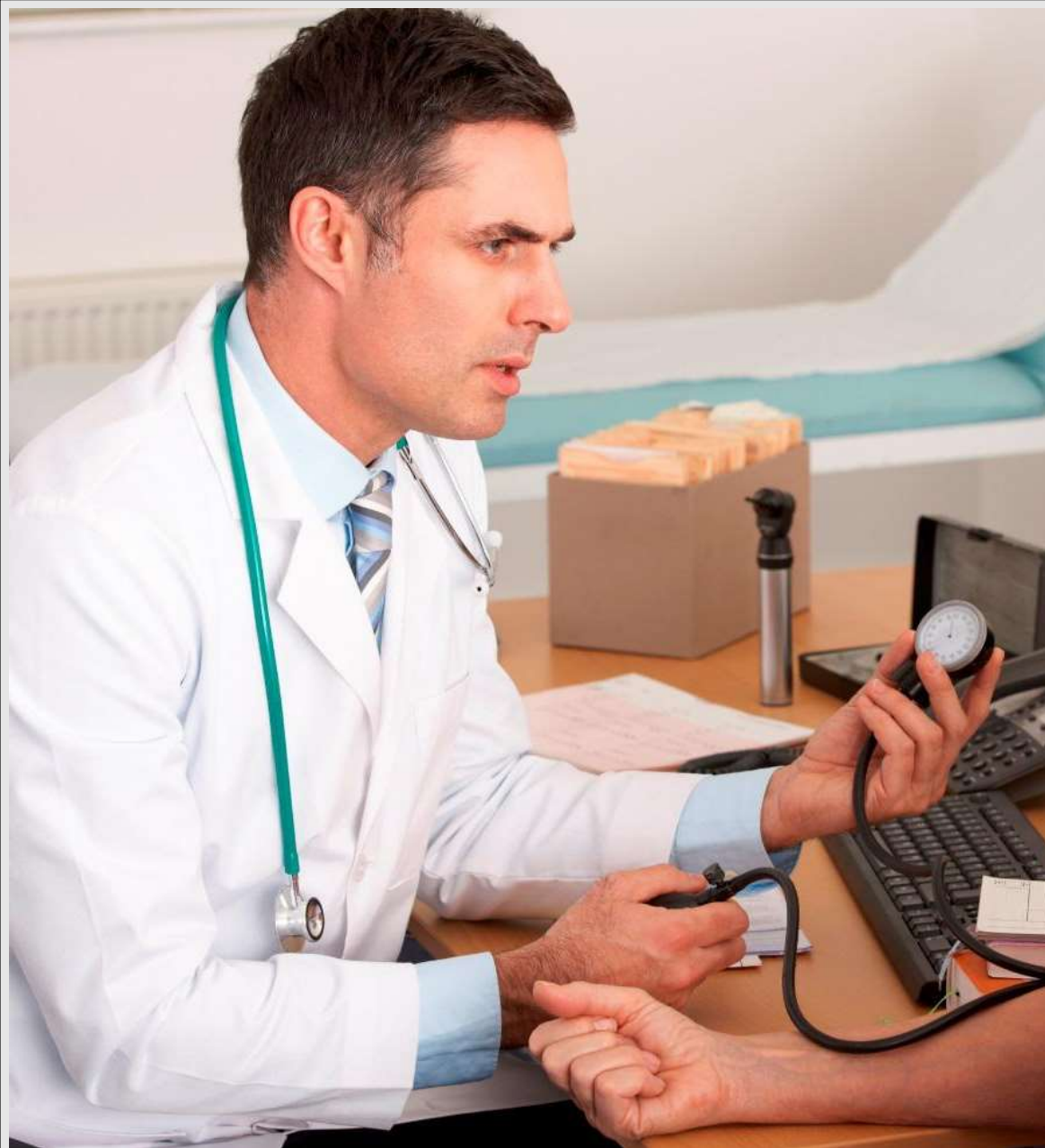
Instaurare un clima relazionale di sicurezza è un processo a tre fasi:

1. la costruzione dell'immagine del medico come validatore autorevole, caratterizzato quindi da affidabilità e competenza,
2. la fase della formazione di una neostruttura di significati condivisi tra paziente e terapeuta
3. la fase dell'integrazione dei nuovi significati acquisiti nel sistema di significati del paziente

Semerari, A. (1991). I processi cognitivi nella relazione terapeutica. Roma: La Nuova Italia Scientifica

*“La relazione è il cuore di ogni processo terapeutico. Come accade per tutte le funzioni basilari, ad esempio quelle che mantengono la salute del corpo, quasi non ci accorgiamo di loro finché le cose vanno bene”*

Semerari, 2005, Saliani A.M., “Teoria e pratica della relazione terapeutica” in Elementi di psicoterapia Cognitiva, 2010



# La relazione è il cuore di ogni processo terapeutico

La credenza di essere correttamente rappresentato nella mente del clinico e la credenza che il clinico “sappia che cosa fare” cioè abbia un buon piano terapeutico definito, contribuisce a determinare la percezione di empatia nel paziente.

# Rappresentazione del paziente

Prof. Indolfi Ciro, Presidente SIC:

*«Aspettativa di vita aumentata, pazienti sono più anziani, con patologie croniche, con ridotta motilità».*

Prof.ssa Fouillouze Ornella, Vice Presidente del Gruppo Sanità Club TI di Milano e ideatrice del premio "eHealth4All":

*«il paziente di oggi è diverso da quello di 20 anni fa: è esposto a molte informazioni, ha aspettative crescenti, internet dà una percezione di controllo, condivide esperienze social, generica preoccupazione per data security e digital crime, insofferenza alle cure (aderenza al trattamento), è più coinvolto se la terapia ha aspetti ludici (gamification)»*



# Italia, paese di anziani non autosufficienti

## Italia, un Paese di anziani non autosufficienti: l'emergenza ignorata

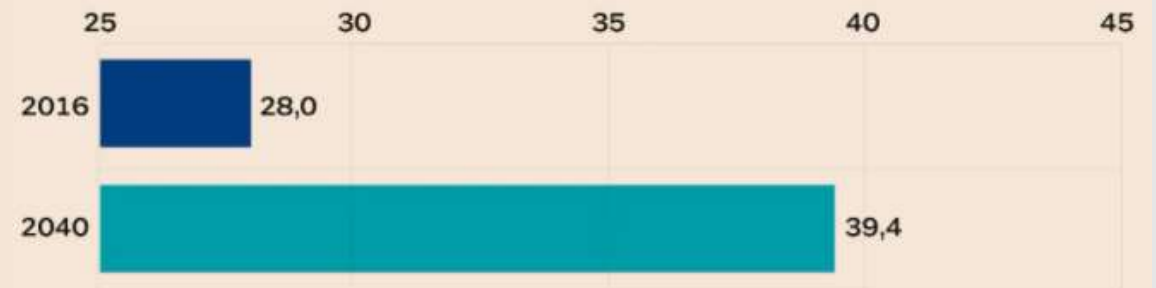
La vera emergenza sono gli anziani non autosufficienti destinati a crescere. Già oggi sono 4 milioni le famiglie con un parente non autonomo a carico

di Alberto Orioli

27 giugno 2019

**INVECCHIAMENTO IN ITALIA (Popolazione over 60 su totale e proiezione su anno 2040 in %)**

Popolazione over 60 su totale e proiezione su anno 2040. In % su popolazione (Fonte: elaborazione Itinerari previdenziali su dati Istat)



<https://www.ilsole24ore.com/art/italia-paese-anziani-non-autosufficienti-l-emergenza-ignorata-ACgqDmU>



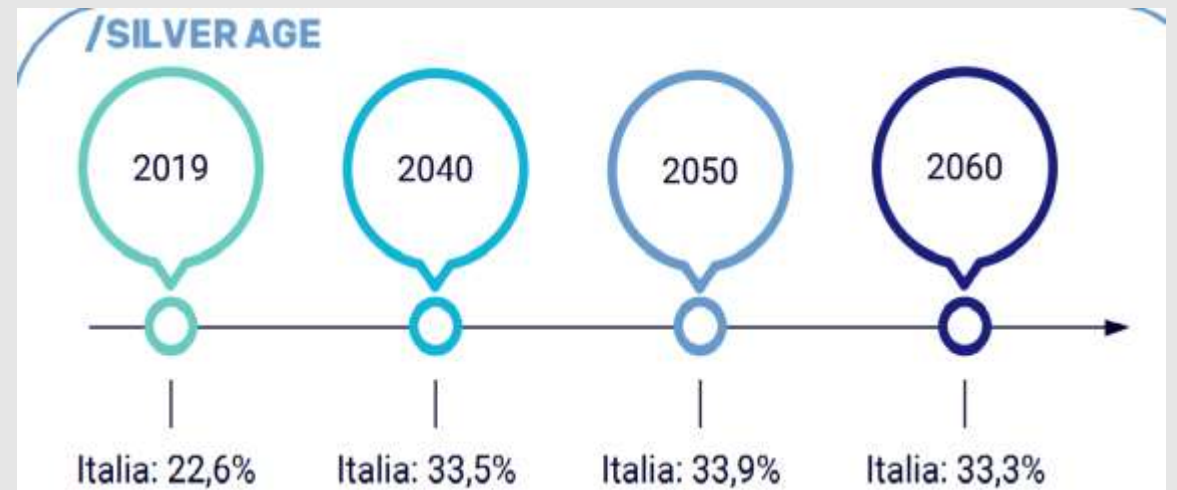
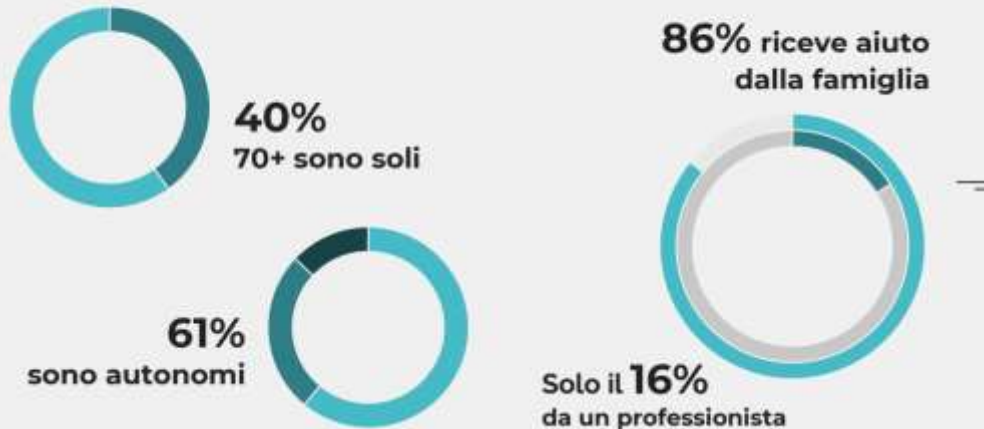
# Silver economy forum 2020

## Anziani, il futuro dell'assistenza nell'intelligenza artificiale

Secondo il «Rapporto Osservasalute» del 2018, molti degli over 65:

- 9% difficoltà a vedere
- 19% difficoltà a sentire
- 35% difficoltà a camminare per 500 mt e scendere una rampa di scale

### Lo stato dell'assistenza familiare



## Using a multidimensional prognostic index (MPI) based on comprehensive geriatric assessment (CGA) to predict mortality in elderly undergoing transcatheter aortic valve implantation

Marie-Laure Bureau <sup>1</sup>, Evelyn Liuu <sup>2</sup>, Luc Christiaens <sup>3</sup>, Alberto Pilotto <sup>4</sup>, Jean Mergy <sup>3</sup>, Fabienne Bellarbre <sup>2</sup>, Pierre Ingrand <sup>5</sup>, Marc Paccalin <sup>6</sup>, MPI\_AGE Project Investigators

Collaborators, Affiliations + expand

PMID: 28238508 DOI: 10.1016/j.ijcard.2017.02.048

FULL TEXT LINKS



ACTIONS

Cite

Favorites

SHARE



PAGE NAVIGATION



*Dipartimento Cure Geriatriche, OrtoGeriatría e Riabilitazione*  
*Livello 3 "Area delle Fragilità"*  
**E.O. Ospedali Galliera**  
*Ospedale di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione*

### Integrated Geriatric Clinical Record for physicians and nurses

The screenshot displays a software interface for geriatric assessment. It includes sections for patient information, assessment scores, and a summary of the Multidimensional Prognostic Index (MPI). Key data points visible include:

- BARTHEL:** Totale Bartel 31, Totale ADL 6
- IADL:** Totale Indice IADL 8, Totale Funzione ADL 5
- CIRS:** Indice di severità C1 1.6, Indice di severità C2 1.7, Indice di severità C3 3, Indice di severità C4 4
- SPMSQ:** Score Spmsq 0, Score Cognitivo (SPMSQ) 6
- MNA SHORT:** Totale MNA (SHORT) 8
- MPI:** MPI 0.31
- Indice Prognostico Multidimensionale:** rischio basso 0 - 0.33, rischio moderato 0.34 - 0.66, rischio elevato 0.67 - 1

CGA → MPI

# Strumenti utili: la testistica

S.P.M.S.Q. (Short Portable Mental Status Questionnaire)

Brief Symptom Inventory (BSI-37)

MPQ (McGill Pain Questionnaire)

MMPI

Valiant

SF 36

Norton, Baden scale

Barthel Index + CIRS

STAXI (Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory)

TAS 26 (Toronto Alexithymia Scale)

- Atteggiamento del pz nei confronti del medico
  - Aspetto generale
    - Mimica
- L'assetto fenomenico dei movimenti spontanei
  - Linguaggio
- Stato di coscienza. Orientamento temporo-spaziale
  - Sensopercezioni
  - Memoria e attenzione
  - Capacità intellettive
  - Strutturazione e forma del pensiero
    - Contenuto del pensiero
    - Affettività
  - Coscienza della malattia

## Strumenti utili: esame psichico

Il ricorso all'uso di questionari e strumenti di valutazione standardizzati e computerizzati si dimostra valido per valutazioni psicopatologiche a scopo epidemiologico-statistico e nell'ambito della ricerca clinico-farmacologica, ma non può sostituirsi al colloquio, al più può affiancarsi ad esso e costituirne un supporto tecnico.

Manuela di Psichiatria,  
Sarteschi

## “Best Practice” for Patient-Centered Communication: A Narrative Review

ANN KING, MA  
RUTH B. HOPPE, MD

### Abstract

**Background** Communicating with patients has long been identified as an important physician competency. More recently, there is a growing consensus regarding the components that define physician-patient communication. There continues to be emphasis on both the need to teach and to assess the communication skills of physicians.

**Objective** This narrative review aims to summarize the work that has been conducted in physician-patient communication that supports the efficacy of good communications skills. This work may also help to define the physician-patient communication skills that need to be taught and assessed.

**Results** A review of the literature shows it contains impressive evidence supporting positive associations between physician communication behaviors and positive patient outcomes, such as patient recall, patient understanding, and patient adherence to

therapy. There is a consensus about what constitutes “best practice” for physician communication in medical encounters: (1) fostering the relationship, (2) gathering information, (3) providing information, (4) making decisions, (5) responding to emotions, and (6) enabling disease- and treatment-related behavior.

**Conclusions** Evidence supports the importance of communication skills as a dimension of physician competence. Effort to enhance teaching of communication skills to medical trainees likely will require significant changes in instruction at undergraduate and graduate levels, as well as changes in assessing the developing communication skills of physicians. An added critical dimension is faculty understanding of the importance of communication skills, and their commitment to helping trainees develop those skills.

# Best Practice

A review of the literature shows it contains impressive evidence supporting positive associations between physician communication behaviors and positive patient outcomes, such as patient recall, patient understanding, and patient adherence to therapy.

1. fostering the relationship,
2. gathering information,
3. providing information,
4. making decisions,
5. responding to emotions,
6. enabling disease- and treatment-related behavior.

King A, Hoppe RB. “Best practice” for patient-centered communication: A narrative review. *J Grad Med Educ* 2013;5:385–393.

# Su cosa porre attenzione

- **Promuovere la relazione:** salutare il paziente in modo appropriato, mantenere il contatto visivo, ascolto attivo, usare un linguaggio appropriato, incoraggiare la partecipazione dei pazienti, mostrare interesse per il paziente come persona.
- **Raccolta informazioni:** fare domande aperte, consentire al paziente di completare le risposte, ascolto attivamente, elicitare preoccupazioni del paziente, elicitare il punto di vista del paziente sul problema, esplorare gli effetti della malattia, chiarire e riassumere le informazioni.
- **Fornire informazioni:** spiegare la natura del problema e l'approccio alla diagnosi, trattamento, fornire spiegazioni e istruzioni semplici, evitare il gergo tecnico, incoraggiare le domande e verificare la comprensione.
- **Processo decisionale:** incoraggiare il paziente a partecipare al processo decisionale, esplora le preferenze e la comprensione del paziente, raggiungere un accordo, identificare e ottenere risorse e supporto, discutere il follow-up e pianificare i risultati inaspettati.
- **Abilitazione del comportamento correlato alla malattia e al trattamento:** valutare la prontezza del paziente a modificare i comportamenti di salute, evidenziare gli obiettivi, le idee e le decisioni del paziente.
- **Rispondere alle emozioni:** riconoscere ed esplorare le emozioni, esprimere empatia, simpatia e rassicurazione, fornire aiuto nell'affrontare le emozioni, valutare il disagio psicologico.



# Come cambia il setting



# Miller, Effetto della telemedicina sulla comunicazione medico-paziente

## Telemedicine and doctor-patient communication: an analytical survey of the literature

E A Miller <sup>1</sup>

Affiliations + expand

PMID: 11265933 DOI: 10.1258/1357633011936075

### Abstract

The literature about the effect of telemedicine on doctor-patient communication was reviewed. A total of 38 studies were identified: six were surveys of provider and community attitudes; 21 were post-encounter surveys of participants in a medical consultation; and 11 were qualitative analyses of behaviour in a medical encounter. Twenty-one of the 38 investigations originated in the USA, six in the UK, four in Australia, three in Norway, two in Canada, one in Finland and one in Sweden. All were relatively recent. The findings from each study were coded according to 23 categories developed from the literature and a positive or negative rating was assigned to each of the 213 communication results. Approximately 80% of abstracted findings favoured telemedicine, with all but two of the 23 categories analysed (non-verbal behaviour and lack of touch) reporting more positive than negative results. Verbal content analysis is important for the development of interventions aimed at facilitating doctor-patient telecommunication. However, further research is necessary if the nature and content of the communication process are to be fully understood.

38 studi: 6 erano indagini sugli atteggiamenti dei fornitori e della comunità; 21 erano sondaggi post-incontro dei partecipanti a un consulto medico; 11 erano analisi qualitative del comportamento in un incontro medico. I risultati di ogni studio sono stati codificati in base a 23 categorie sviluppate dalla letteratura e a ciascuno dei 213 risultati della comunicazione è stata assegnata una valutazione positiva o negativa. Circa l'80% dei risultati astratti preferiva la telemedicina, con tutte le 23 categorie analizzate che riportavano risultati più positivi che negativi, tranne due:

**Comportamento non verbale e mancanza di contatto:** contatto oculare, espressioni facciali, tono della voce, prossimità fisica, gesti delle mani, posizionamento del corpo.

Miller EA. Telemedicine and doctor-patient communication: an analytical survey of the literature. Journal of Telemedicine and Telecare 2001;7:1-17

# Bulik, Il fattore umano nella telemedicina è dei pochi elementi su cui il medico ha il controllo diretto

## Human factors in primary care telemedicine encounters

Robert J Bulik <sup>1</sup>

Affiliations + expand

PMID: 18534948 DOI: [10.1258/jtt.2007.007041](https://doi.org/10.1258/jtt.2007.007041)

### Abstract

Traditional delivery of primary care takes place in a face-to-face transaction between provider and patient. In telemedicine, however, the transaction is 'filtered' by the distance and technology. The potential problem of filtered communication in a telemedicine encounter was examined from a human factors perspective. Patients with and without experience of telemedicine, and providers who had experience of telemedicine, were asked about patient-provider relationships in interviews and focus groups. Seven themes emerged: initial impressions, style of questions, field of view, physical interaction, social talk, control of encounter and ancillary services. This suggests that communication can be improved and better patient-provider relationships can be developed in a primary care telemedicine encounter if attention is paid to four areas of the interaction: verbal, non-verbal, relational and actions/transactional. The human factors dimension of telemedicine is an important element in delivery of health care at a distance - and is one of few factors over which the provider has direct control.

La relazione medico paziente può essere sviluppata nella telemedicina se si presta attenzione a 4 aree dell'interazione:

1. verbale,
2. non verbale,
3. relazionale,
4. azioni / transazionali.

# Aree di interazione

- **Categorie verbali:** chiacchiere sociali all'inizio dell'incontro di telemedicina. Attenzione specifica all'interazione verbale: tono di voce, stile di domande poste e "tempo di attesa" (timing per consentire a un paziente di rispondere)
- **Categorie non verbali:** il posizionamento della telecamera dovrebbe consentire il contatto visivo con il paziente, anche quando il medico guarda lo schermo del display per vedere il paziente piuttosto che guardare nella telecamera. La postura del medico è importante: una tendenza in avanti è interpretata come maggior coinvolgimento; sedersi è stato interpretato come disimpegno.
- **Categorie relazionali:** i medici dovrebbero dire ai pazienti "sto guardando ..." quando consultano una cartella clinica fuori dalla telecamera. Allo stesso modo, poiché tutti i comportamenti sono amplificati durante un incontro di telemedicina, un medico dovrebbe dire a un paziente "Sto pensando a ..." invece di riflettere in silenzio.
- **Categorie di azioni / transazioni:** attenzione consapevole alle caratteristiche di base associate all'ascolto attivo fornisce un senso di "essere con" intenzionale, comportamenti essenziali per lo sviluppo del rapporto paziente-medico.

# Suggerimenti pratici per migliorare la qualità della comunicazione in telemedicina



1. Prima di iniziare la consultazione, controllare che l'audio e i componenti video funzionino entrambi
2. Presentarsi e salutare ad inizio e fine consulto
3. Spiegare che tutto ciò che è coperto in una tradizionale consultazione faccia a faccia sarà trattato nella consultazione video e che il livello di servizio sarà lo stesso
4. Se hai una webcam posizionata nella parte superiore del tuo monitor / laptop, posizionare l'immagine del paziente vicino alla webcam in modo che sembri che sia possibile stabilire un contatto visivo con il paziente
5. Passa del di tempo a parlare di famiglia, casa e altre questioni sociali per costruire un rapporto
6. Mantenere il contatto visivo con il paziente, osservando qualsiasi segnale non verbale
7. Supporta le spiegazioni verbali con immagini o lavagne per trasferire efficacemente le informazioni
8. Riassumere la consultazione e verificare che il paziente ha compreso le informazioni
9. Se la consultazione prevede la discussione di informazioni sensibili, incoraggiare i familiari e/o caregivers a partecipare alla consultazione
10. Prima di completare la consultazione, suggerire opportunità per affrontare problemi futuri offrendo informazioni

Sabesan S, Allen D, Caldwell P, Loh PK, Mozer R, Komesaroff PA, Talman P, Williams M, Shaheen N, Grabinski O; Royal Australasian College of Physicians Telehealth Working Group. Practical aspects of telehealth: doctor-patient relationship and communication. Intern Med J. 2014 Jan;44(1):101-3. doi: 10.1111/imj.12323. PMID: 24450527



# A 2005 U.S. News and World Report cover stated: “Who Needs Doctors? Your next doctor may not be an MD and you may be better off”

## Effetto Placebo Nocebo

### RESEARCH ARTICLE

## Providing open-label placebos remotely—A randomized controlled trial in allergic rhinitis

Tobias Kube<sup>1,2\*</sup>, Verena E. Hofmann<sup>1</sup>, Julia A. Glombiewski<sup>1</sup>, Irving Kirsch<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pain and Psychotherapy Research Lab, University of Koblenz-Landau, Landau, Germany, <sup>2</sup> Program in Placebo Studies, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States

\* [kube](#)

Physiol Rev 93: 1207–1246, 2013  
doi:10.1152/physrev.00043.2012

## PLACEBO AND THE NEW PHYSIOLOGY OF THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Fabrizio Benedetti

Department of Neuroscience, University of Turin Medical School, and National Institute of Neuroscience, Turin, Italy



**Benedetti, Fabrizio.** Placebo and the New Physiology of the Doctor-Patient Relationship. *Physiol Rev* 93: 1207–1246, 2013; doi:10.1152/physrev.00043.2012. Modern medicine has progressed in parallel with the anatomy, and physiology. By using the tools of modern medicine, we can treat and prevent a number of diseases through physical interventions. Besides this materia medica, the patient's play a central part as well in any therapeutic outcome, as investigated in psychoneuroendocrinology. This review describes recent findings that challenge the old tenet that patients must be both cured and cared for. In fact, to investigate complex psychological factors, like placebo effects and to use a physiological and neuroscientific approach. These intricate processes are approached through biochemistry, anatomy, and physiology, thus eliminating the barrier between biology and psychology. This is both a biomedical and a philosophical approach and interpret medicine and human biology. In the first place, the care of the patient is of tantamount importance. In the debate about the mind-body interaction can find some important effects. Therefore, maybe paradoxically, the placebo effect and the nocebo effect are approached by using the same biochemical, cellular and physiological mechanisms which represents an epochal transition from general concepts such as anatomy to a true physiology of the doctor-patient interaction.

CAMBRIDGE

Cambridge University Press  
0521806305 - Meaning, Medicine, and the "Placebo Effect"  
Daniel E. Moerman  
Frontmatter  
[More information](#)

## Meaning, Medicine, and the “Placebo Effect”

Daniel E. Moerman  
University of Michigan-Dearborn

## The Role of Patient–Practitioner Relationships in Placebo and Nocebo Phenomena

Maxie Blasini<sup>\*</sup>, Nathalie Peiris<sup>†</sup>, Thelma Wright<sup>†</sup>, Luana Colloca<sup>†,\*,§,¶,||,‡</sup>

<sup>\*</sup>Acupuncture and Chinese Medicine Program, Pacific College of Oriental Medicine, San Diego, CA, United States  
<sup>†</sup>Department of Anesthesiology, School of Medicine, University of Maryland, Baltimore, MD, United States  
<sup>‡</sup>Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Maryland, Baltimore, MD, United States  
<sup>§</sup>Department of Pain Translational Symptom Science, School of Nursing, University of Maryland, Baltimore, MD, United States  
<sup>¶</sup>Center to Advance Chronic Pain Research, University of Maryland, Baltimore, MD, United States  
<sup>||</sup>Corresponding author; e-mail address: colloca@umaryland.edu

### Contents

1. Background	2
2. The Patient–Practitioner Interaction: A Sociobiological Approach	4
3. Interpersonal Healing	6
4. Signs and Meaning	8
	11
	15
	16
	16
	21

Journal of the American College of Cardiology  
© 2007 by the American College of Cardiology Foundation  
Published by Elsevier Inc.

Vol. 49, No. 4, 2007  
ISSN 0735-1097/\$32.00  
doi:10.1016/j.jacc.2006.09.036

### VIEWPOINT

### State-of-the-Art Paper

## Placebo and Nocebo in Cardiovascular Health

### Implications for Healthcare, Research, and the Doctor–Patient Relationship

Brian Olshansky, MD

Iowa City, Iowa

Despite treatments proven effective by sound study designs and robust end points, placebos remain integral to effective medical care. The authenticity of the placebo response has been questioned, but placebos likely affect pain, functionality, symptoms, and quality of life. In cardiology, placebos influence disability, syncope, heart failure, atrial fibrillation, angina, and survival. Placebos vary in strength and efficacy. Compliance to placebo affects outcomes. Nocebo responses can explain some adverse clinical outcomes. A doctor may be an unwitting contributor to placebo and nocebo responses. Placebo and nocebo mechanisms, not well understood, are likely multifaceted. Placebo and nocebo use is common in practice. A successful doctor–patient relationship can foster a strong placebo response while mitigating any nocebo response. The beneficial effects of placebo, generally undervalued, hard to identify, often unrecognized, but frequently used, help define our profession. The role of the doctor in healing, above the therapy delivered, is immeasurable but powerful. An effective placebo response will lead to happy and healthy patients. Imagine instead the future of healthcare relegated to a series of guidelines, tests, algorithms, procedures, and drugs without the human touch. Healthcare, rendered by a faceless, uncaring army of protocol aficionados, will miss an opportunity to deliver an effective placebo response. Wise placebo use can benefit patients and strengthen the medical profession. (*J Am Coll Cardiol* 2007;49:415–21)  
© 2007 by the American College of Cardiology Foundation

ments and  
ectancies  
including  
patient–  
of relating  
cebo and  
relationships  
ified by  
sociobio-  
form and

# Fenomeno placebo-nocebo

## The Role of Patient–Practitioner Relationships in Placebo and Nocebo Phenomena

Maxie Blasini\*, Nathalie Peiris†, Thelma Wright‡, Luana Colloca<sup>†,‡,§,¶,||,⊙</sup>

\*Acupuncture and Chinese Medicine Program, Pacific College of Oriental Medicine, San Diego, CA, United States

†Department of Anesthesiology, School of Medicine, University of Maryland, Baltimore, MD, United States

‡Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Maryland, Baltimore, MD, United States

§Department of Pain Translational Symptom Science, School of Nursing, University of Maryland, Baltimore, MD, United States

¶Center to Advance Chronic Pain Research, University of Maryland, Baltimore, MD, United States

||Corresponding author; e-mail address: colloca@umaryland.edu

### Contents

1. Background	2
2. The Patient–Practitioner Interaction: A Sociobiological Approach	4
3. Interpersonal Healing	6
4. Signs and Meaning	8
5. Connecting the Dots: A Clinical Approach	11
6. Conclusion	15
Acknowledgments	16
References	16
Further Reading	21

### Abstract

*Introduction:* Placebo and nocebo effects form part of all therapeutic environments and play a significant role in the effectiveness of treatment outcomes. Patient expectancies drive these phenomena, which can be shaped through contextual factors including verbal suggestions, conditioning, and social observation.

*Objectives:* This review seeks to identify the biopsychosocial factors of the patient–practitioner interaction that play a role in the development of placebo and nocebo effects, as well as the anthropological elements of the biodynamic process of relating that are meaningful in the development of expectancies.

*Methods:* We conducted a narrative review of frameworks of the placebo and nocebo effect, including the impact of expectancies and interpersonal relationships in the context of healing and the clinical setting.

*Results:* Expectancies leading to placebo and nocebo effects can be modified by macro and micro factors, such as culture and society, as well as individual psychobiological traits, respectively. The developmental sociobiological adaptations that form and

Le aspettative che portano agli effetti placebo e nocebo possono essere modificate da fattori macro e micro, come la cultura e la società, nonché i tratti psicobiologici individuali.

Caratteristiche del clinico: empatia, cordialità e competenza favoriscono la formazione di aspettative positive.

Interazioni affettuose e calorose paziente-medico possono aumentare il valore terapeutico degli incontri clinici quando le aspettative positive dei pazienti sono attivamente incoraggiate.

Un approccio incentrato sul paziente, radicato nella dimostrazione della cura e dell'empatia, può migliorare positivamente l'esperienza del paziente all'interno dell'ambiente clinico e attivare adattamenti psicosociobiologici associati al fenomeno placebo.

Revisione con l'obiettivo di identificare i fattori biopsicosociali del paziente nell'interazione col professionista. Quali fattori che hanno un ruolo nello sviluppo dei fenomeni placebo e nocebo.

# Quali evidenze

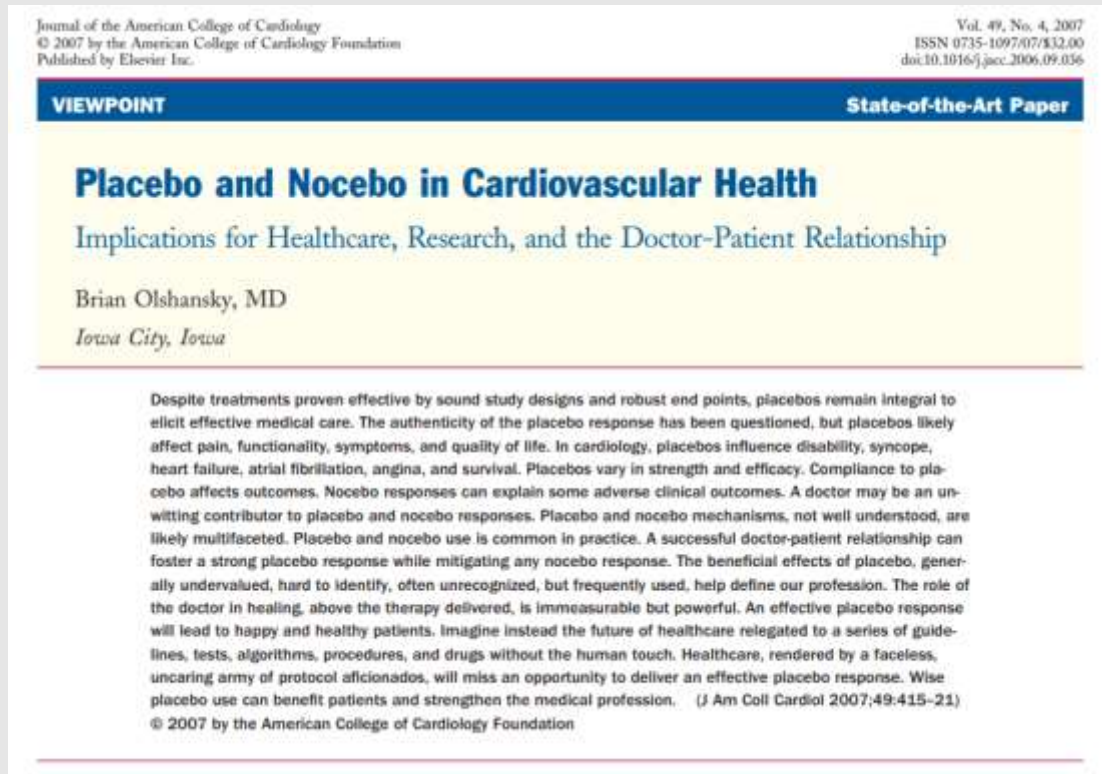
Il calore e la competenza percepiti del medico, insieme alle aspettative positive del trattamento, hanno potenziato l'effetto placebo migliorando le reazioni allergiche (Howe, L. C., Goyer, J. P., & Crum, A. J. (2017). Harnessing the placebo effect: Exploring the influence of physician characteristics on placebo response. *Health Psychology*, 36, 1074–1082. <https://doi.org/10.1037/hea0000499>)

L'angoscia e la sofferenza che una malattia può produrre nel paziente potrebbe provocare l'attivazione del sistema nervoso simpatico, principalmente l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). L'ansia può giocare un ruolo fortemente influente nel processo di malattia. Il paziente può cercare sollievo e sicurezza psicobiologica nel legame con una figura del medico (Benedetti, Lanotte, Lopiano, & Colloca, 2007; Colloca & Benedetti, 2007; Adler, H. M. (2007). Toward a biopsychosocial understanding of the patient-physician relationship: An emerging dialogue. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 280–285. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0037-8>)

Un atteggiamento di cura, rispetto e responsabilizzazione del paziente attraverso significative discussioni incentrate sul paziente all'interno dell'interazione può servire come base per attivare l'effetto placebo e prevenire l'effetto nocebo in qualsiasi trattamento deciso (Moerman, D. (2002). *Meaning, medicine, and the “placebo effect”*. New York: Cambridge University Press)



# Il denominatore comune, il nucleo della risposta al placebo, non è la terapia ma la dinamica tra paziente e medico



Una relazione medico-paziente di successo può favorire una forte risposta al placebo mitigando qualsiasi risposta nocebo.

Un medico freddo, indifferente, disinteressato e privo di emozioni incoraggerà una risposta nocebo. Al contrario, un premuroso, empatico, il medico promuove la fiducia, rafforza il benefico aspettative del paziente e suscita una forte risposta al placebo. UN un approccio compassionevole e pratico può essere più prezioso di ogni singola terapia medica.

Olshansky B. Placebo and nocebo in cardiovascular health: implications for healthcare, research, and the doctor-patient relationship. J Am Coll Cardiol. 2007 Jan 30;49(4):415-21. doi: 10.1016/j.jacc.2006.09.036. Epub 2007 Jan 16. PMID: 17258086.

# Il rapporto medico paziente e implicazioni relative al malpractice

Un saggio del New York Times sulla negligenza medica: "Pazienti a cui piacciono i loro medici non fanno causa, non importa quale sia il loro avvocato dice. I nostri sforzi nelle scuole di medicina per diventare abili ma empatici medici che comunicano chiaramente e che possono inserirsi le scarpe dei loro pazienti sono fondamentali per arginare la crisi del malcostume. I pazienti fanno causa quando i loro sentimenti vengono ignorati o quando ne sono arrabbiati mancanza di genuina preoccupazione per il loro benessere. Sebbene non fornisca alcuna garanzia, una solida relazione medico-paziente è un potente antidoto a cause legali".

## Physician-Patient Communication

### The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons

Wendy Levinson, MD; Dabra L. Roter, DPH; John P. Mullooly, PhD; Valerie T. Dull, PhD; Richard M. Frankel, PhD

**Objective.**—To identify specific communication behaviors associated with malpractice history in primary care physicians and surgeons.

**Design.**—Comparison of communication behaviors of "claims" vs "no-claims" physicians using audiotapes of 10 routine office visits per physician.

**Settings.**—One hundred twenty-four physician offices in Oregon and Colorado.

**Participants.**—Fifty-nine primary care physicians (general internists and family practitioners) and 66 general and orthopedic surgeons and their patients. Physicians were classified into no-claims or claims ( $\geq 2$  lifetime claims) groups based on insurance company records and were stratified by years in practice and specialty.

**Main Outcome Measures.**—Audiotape analysis using the Roter Interaction Analysis System.

**Results.**—Significant differences in communication behaviors of no-claims and claims physicians were identified in primary care physicians but not in surgeons. Compared with claims primary care physicians, no-claims primary care physicians used more statements of orientation (educating patients about what to expect and the flow of a visit), laughed and used humor more, and tended to use more facilitation (soliciting patients' opinions, checking understanding, and encouraging patients to talk). No-claims primary care physicians spent longer in routine visits than claims primary care physicians (mean, 18.3 vs 15.0 minutes), and the length of the visit had an independent effect in predicting claims status. The multivariable model for primary care improved the prediction of claims status by 57% above chance (90% confidence interval, 33%–73%). Multivariable models did not significantly improve prediction of claims status for surgeons.

**Conclusions.**—Routine physician-patient communication differs in primary care physicians with vs without prior malpractice claims. In contrast, the study did not find communication behaviors to distinguish between claims vs no-claims surgeons. The study identifies specific and teachable communication behaviors associated with fewer malpractice claims for primary care physicians. Physicians can use these findings as they seek to improve communication and decrease malpractice risk. Malpractice insurers can use this information to guide malpractice risk prevention and education for primary care physicians but should not assume that it is appropriate to teach similar behaviors to other specialty groups.

**WHAT FACTORS put physicians at risk of being sued? The answer to this question is critical to physicians, malpractice insurance companies, and hospital systems that seek to provide the highest-quality care and minimize liability risk.**

Studies have explored the relationship between physicians' claims experience and the quality of care they provide.<sup>1,2</sup> Surprisingly, the differences between sued and never-sued physicians are not explained by their quality of care or their chart documentation. Entman et al<sup>3</sup> showed that the quality of treatment as judged by peer review was not different in frequently sued vs never-sued obstetrician-gynecologists. This is consistent with other data indicating that the quality of care is apparently not the major determinant in a patient's decision to initiate a malpractice claim. While 1% of hospitalized patients suffer a significant injury due to negligence, fewer than 2% of these patients initiate a malpractice claim.<sup>4</sup> If quality of care, medical negligence, and chart documentation are not the critical factors leading to litigation, what factors are critical?

Patient dissatisfaction is critical.<sup>5</sup> The combination of a bad outcome and patient dissatisfaction is a recipe for litigation. When faced with a bad outcome, patients and families are more likely to sue a physician if they feel the physician

Lo studio identifica comportamenti comunicativi specifici e insegnabili associati meno reclami per negligenza per i medici. Se la qualità dell'assistenza, la negligenza medica e la documentazione cartacea non sono i fattori critici che portano al contenzioso, quali sono i fattori critici? La combinazione di un esito negativo e insoddisfazione del paziente è una ricetta per il contenzioso.

Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM: Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997;277:553–559



# Fattori di rischio per cause legali

Il modo in cui i medici comunicano con i pazienti e il grado in cui i pazienti percepiscono la colpa del medico per cattivi risultati medici sono fattori di rischio per l'avvio di cause legali per negligenza.

## Listening and talking to patients. A remedy for malpractice suits?

G W Lester <sup>1</sup>, S G Smith

Affiliations + expand

PMID: 8460508 | PMCID: PMC1311752

[Free PMC article](#)

### Abstract

This study evaluates the hypothesis that the way physicians communicate with patients and the degree patients perceive physician fault for bad medical outcomes are risk factors for the initiation of malpractice lawsuits. The study involved 160 adults who viewed a videotape of a physician treating a patient while using either positive or negative communication behaviors. Participants were told that the case had either a positive result, a bad result through no fault of the physician, a bad result for uncertain reasons, or a bad result that was the physician's fault. Participants then rated their litigious feelings. Results showed that the use of negative communication behaviors by the physician increased litigious intentions. An increased perception of physician fault for the bad result also increased litigious intentions. Uncertainty as to the reason for the bad outcome, however, raised litigious feelings nearly as much as did perceived physician fault. The results of the study support the hypothesis that altering the way physicians communicate and improving patient education can affect the risk of malpractice lawsuits.

Lester e Smith <sup>12</sup> hanno utilizzato video di visite simulate per misurare la probabilità che i pazienti avessero fatto causa a un medico in caso di esito negativo; hanno scoperto che una modalità amichevole era un importante fattore di prevenzione.

I risultati hanno mostrato che l'uso di comportamenti di comunicazione negativi da parte del medico ha aumentato le intenzioni litigiose. L'ipotesi che alterare il modo in cui i medici comunicano e migliorare l'educazione dei pazienti può influire sul rischio di azioni legali per negligenza.

Più risate e più umorismo da parte dei medici indicano una relazione personale più calda e sono coerenti con la nostra convinzione che i pazienti vogliano essere collegati personalmente con i loro medici. Un rapporto affettuoso con il medico può far sentire al paziente di essere una persona reale agli occhi del medico, piuttosto che una malattia.

*“GLI UOMINI SONO  
AGITATI E TURBATI, NON  
DALLE COSE, MA DALLE  
OPINIONI CH’ESSI HANNO  
DELLE COSE”  
EPITTETO*

