COME IL COMPORTAMENTO DEI MEDICI MODELLA LA FIDUCIA DEI PAZIENTI

Medscape News Europe
Daniela Barros, 6 novembre 2026
https://www.medscape.com/viewarticle/how-doctors-behavior-shapes-patient-trust-2026a10016dt?ecd=a2a

Un paziente aspetta settimane i risultati degli esami, solo per scoprire che sono normali: nessun nodulo, nessuna ostruzione e nessun segno di malattia grave. Eppure la notizia fa poco per alleviare la sua ansia. Cerca un secondo parere e torna dopo pochi giorni con la stessa preoccupazione. Perché un risultato rassicurante può non rassicurare?
La spiegazione di questa discrepanza tra le evidenze diagnostiche e la percezione del paziente è stata esplorata in uno studio pubblicato negli Annals of Family Medicine, condotto da scienziati tedeschi.
I ricercatori hanno reclutato 349 partecipanti per un esperimento controllato, testando l'ipotesi che l'empatia e la competenza di un medico influenzino in modo significativo e indipendente le risposte dei pazienti ai risultati dei test diagnostici che rientrano nell'intervallo normale. Lo studio ha dimostrato che le informazioni contenute in un rapporto tecnico non parlano da sole: quando il medico mostrato nel video mostrato ai partecipanti ha dimostrato un'alta competenza, la probabilità stimata dei pazienti di una malattia grave è diminuita significativamente, con un effetto di media dimensione (d di Cohen = 0,439); Il modo di fare del medico ebbe un effetto significativo ma minore (D = 0,281). I due fattori si sono rivelati indipendenti l'uno dall'altro.
L'immunizzazione cognitiva è il meccanismo psicologico alla base di questo risultato: l'individuo minimizza attivamente le informazioni che contraddicono la diagnosi per preservare le proprie convinzioni precedenti sulla malattia. **Quando il medico trasmette esitazione, freddezza o incertezza, il cervello del paziente interpreta un risultato normale non come prova di buona salute, ma come un fallimento del test nel rilevare un problema serio**. Nello studio tedesco, questo è stato l'effetto più ampio osservato (d = 1,058), ed è stato ancora più evidente nella domanda specifica sulla paura del cancro colorettale — lo scenario centrale del video mostrato ai partecipanti (d = 0,555).

COMUNICAZIONE NON VERBALE COME STRUMENTO CLINICO

"La comunicazione non verbale è spesso più rilevante per il messaggio rispetto a quella verbale. E se guardiamo alle scuole di medicina più tradizionali, c'è un'eccessiva attenzione alle parole che verranno usate, il che è un difetto. **La comunicazione medico-paziente non avviene in un vuoto; avviene all'interno di una relazione e di un contesto di fiducia**," ha spiegato Marco Antonio de Carvalho-Filho, MD, PhD, professore ordinario di ricerca sull'educazione delle professioni sanitarie presso il Centro Medico Universitario di Groningen, Paesi Bassi. **"Quando comunichiamo i risultati, dobbiamo capire cosa significa quell'informazione per il paziente**. Le emozioni ci aiutano a comprendere gli altri, il nostro contesto e l'impatto dei nostri atteggiamenti. Se trasmettiamo distacco o insicurezza, anche il risultato più perfetto perde il suo impatto."
I risultati normali potrebbero non rassicurare se il medico appare esitante o freddo.

- Competenza percepita + calore indipendentemente ↓ probabilità di malattia post-test.
- Segnali non verbali (postura, contatto visivo, riempitivi) ↑ incertezza e paura del cancro.

- Una spiegazione breve e sicura + la contestualizzazione dei risultati possono ridurre visite ripetute o test.

La formazione alla comunicazione basata su simulazioni può migliorare l'empatia e le capacità relazionali.

- Quali comportamenti non verbali influenzano maggiormente la fiducia diagnostica?
- In che modo l'immunizzazione cognitiva modifica l'interpretazione dei risultati dei test?
- I corsi di simulazione migliorano i risultati di rassicurazione dei pazienti?

Nello studio tedesco, i ricercatori hanno manipolato il comportamento del professionista sanitario nei video standardizzati. I comportamenti non verbali che indicano scarsa competenza e mancanza di calore — come una postura curva, esitazione nel gestire le cartelle cliniche, mancanza di contatto visivo e uso eccessivo di filler verbali — aumentano direttamente l'incertezza e la paura dei partecipanti verso condizioni gravi, come il cancro colorettale.

Secondo Carolina Felipe Soares Brandão, docente presso il Clinical Simulation Laboratory per i programmi medici dell'Universidade Cidade de São Paulo e dell'Universidade Municipal de São Caetano do Sul a São Paulo, Brasile, questa insicurezza dimostrata dal medico riflette spesso una debolezza nella formazione tecnica del professionista**. "Non possiamo separare le capacità comunicative dalla competenza tecnica.** È molto difficile trasmettere fiducia e contestualizzare adeguatamente un risultato quando il professionista non comprende sufficientemente quel test, le sue indicazioni e i suoi limiti," ha sottolineato Brandão.

"Un risultato normale di un test deve essere contestualizzato. Gli studenti devono imparare a spiegare quali conclusioni si possono trarre da quel risultato, quali sono i suoi limiti e quale sarà il follow-up, senza trasformare l'incertezza insita nella medicina in un'ulteriore fonte di ansia. **La risposta all'incertezza non dovrebbe essere semplicemente ordinare altri test; dobbiamo migliorare la qualità della spiegazione**," spiegò Brandão.

Questo aspetto non verbale, osservò Carvalho-Filho, non va confuso con l'applicazione di rigide regole comportamentali. È impossibile prescrivere comunicazione o comportamento. **Nella scuola di medicina, la comunicazione medico-paziente viene insegnata come se fosse qualcosa di separato, ma nasce dalla comunicazione tra due esseri umani**. Ad esempio, si parla molto del fatto che il contatto visivo sia essenziale, ma se fissiamo il paziente per 5 minuti, vorrà sparire. Quando condividiamo cattive notizie o discutiamo incertezze, ci sono momenti in cui la persona diventa introspettiva, chiudendosi verso sé stessa. In quei momenti, il contatto visivo diretto può essere l'approccio peggiore; Una presenza assertiva si trasmette attraverso un silenzio rispettoso. Il silenzio è l'assenza di parole, ma non l'assenza di significato.

IL COSTO DELLA RIELABORAZIONE E IL CONFLITTO TRA CRONOS E KAIROS

"Se un paziente riceve un risultato normale ma lascia l'appuntamento senza essere convinto, la consulenza potrebbe concludersi dal punto di vista del medico, ma non dal paziente", ha spiegato Paulo Borem, MD, medico e direttore senior nella regione latinoamericana dell'Institute for Healthcare Improvement di Minneapolis, con sede negli Stati Uniti. Quel paziente può chiedere il parere di un altro medico, sottoporsi a ulteriori test o tornare al pronto soccorso. Queste visite e test ripetuti equivalgono a rielaborare — e a ridurre il costo di cure di scarsa qualità — utilizzando risorse senza aggiungere valore. Nei sistemi di sanità pubblica, mettono a dura prova la capacità limitata e prolungano i tempi di attesa; nei sistemi privati, aumentano l'uso e i costi dei servizi. Quando un

paziente non comprende o non si fida di un risultato tecnicamente accurato, il lavoro del sistema sanitario non è concluso.
Di fronte alle pressioni di tempo in ambulatoriali e pronto soccorso sovraccarichi, Carvalho-Filho smentisce l'idea che ascoltare e rassicurare i pazienti richieda appuntamenti lunghi. **"Gli antichi Greci avevano due parole per il tempo: Cronos, che è il tempo fisico e lineare dell'orologio, e Kairos, che è il tempo dell'opportunità. Se non cogliamo l'occasione durante l'incontro con il paziente, stiamo perdendo tempo.** Quando siamo davvero presenti — nel corpo, nella mente e nel cuore — la connessione avviene molto rapidamente e il tempo smette di essere il fattore limitante," spiegò.
Il medico sottolinea la sua esperienza alla direzione del pronto soccorso presso l'Università di Campinas a Campinas, Brasile. "Ricordo un paziente al pronto soccorso che soffriva da anni di disturbi allo stomaco e aveva fatto innumerevoli endoscopie con risultati normali. Ci siamo seduti a parlare, e le ho chiesto direttamente di cosa avesse paura. Pianse e rivelò il terrore di avere un cancro allo stomaco, come suo padre. Contestualizzando la sua storia e mostrando che i suoi risultati normali degli ultimi 4 anni dimostravano che non aveva il cancro, se n'è andata sollevata e non è mai più tornata nel dipartimento. **Se la consulenza termina senza che le preoccupazioni del paziente siano state affrontate, abbiamo perso tempo**."
"Accogliere il paziente e instillare un senso di sicurezza non richiede lunghe consultazioni. **Guardare il paziente, chiamarlo per nome, spiegare chiaramente e verificare se rimangono domande richiede solo pochi secondi**," ha osservato José Roberto Generoso Jr, MD, PhD, presidente della Società Brasiliana per la Simulazione in Ambito Sanitario. "Il nostro addestramento di simulazione mostra che **una breve spiegazione sicura rassicura il paziente più di una lunga ma esitante conversazione. La competenza percepita trasmette calma, organizzazione e chiarezza** — atteggiamenti che non richiedono tempo e spesso salvano le risorse del sistema."
Borem ha aggiunto che un'assistenza proattiva e centrata sul paziente può aiutare a prevenire cascate di test non necessari e rappresentare una strategia di sicurezza importante. **"La comunicazione compassionevole dovrebbe essere considerata una delle migliori pratiche in materia di sicurezza del paziente**. Ogni test inutile crea un'ulteriore opportunità di danno, poiché può portare a un risultato incidentale che porta a ulteriori indagini e procedure invasive. Ma semplicemente dire ai medici di ordinare meno esami non basta. Il medico deve essere in grado di dire al paziente: "Credo che ciò che provi sia reale, ma in base a ciò che sappiamo oggi, un altro test non aiuterà. Lasciate che vi spieghi cosa faremo dopo." **Rassicurazione e chiarezza non significano non fare nulla; sono componenti attivi dell'assistenza."**

QUANDO L'ANSIA DIGITALE SI PRESENTA PRIMA DELL'APPUNTAMENTO

La proliferazione di strumenti di IA generativa e di controlli di sintomi online ha trasformato il profilo dei pazienti che arrivano nello studio medico. Secondo un sondaggio condotto da Gallup in collaborazione con il West Health-Gallup Center on Healthcare negli Stati Uniti, **il 59% degli adulti americani che consultano l'IA per informazioni sanitarie lo fa specificamente prima di un appuntamento medico per esplorare diagnosi differenziali e preparare domande.** Lo stesso sondaggio ha rilevato un'altra tendenza preoccupante: circa 14 milioni di adulti hanno dichiarato di aver deciso di non rivolgersi a un professionista sanitario dopo aver consultato uno strumento di IA, e solo il 4% degli

utenti di questi strumenti ha dichiarato di fidarsi fortemente dell'accuratezza delle informazioni fornite.

Questa ricerca preliminare spesso aumenta l'ansia legata alla salute e alimenta la cibercondria, un fenomeno caratterizzato da ipocondria aggravata dall'uso compulsivo di internet. Una revisione sistematica condotta da Wallace e colleghi dell'Imperial College London a Londra, Inghilterra, pubblicata nel 2022 su npj Digital Medicine, ha analizzato 10 studi su controllatori di sintomi online e ha rilevato che l'accuratezza diagnostica primaria di questi sistemi rimaneva bassa e altamente variabile, identificando correttamente la diagnosi primaria tra il 19% e il 38% dei casi. La precisione del triage — cioè le indicazioni su se cercare o meno assistenza — era più alta ma anche incostante, variando dal 49% al 90%.

Un altro studio, pubblicato su Communications Medicine, ha valutato l'accuratezza del triage di 22 modelli ChatGPT e ha rilevato **che gli algoritmi di IA tendono fortemente a sovrastimare la gravità delle condizioni.** Poiché sono programmati per evitare di trascurare emergenze, i modelli classificano frequentemente le presentazioni benigne come condizioni urgenti e raramente raccomandano una semplice cura di sé. Il risultato è che i pazienti non arrivano più agli appuntamenti chiedendosi "Cosa c'è che non va in me?", ma sono invece influenzati da una lista di ipotesi allarmanti generate dall'IA.

"**L'approccio non dovrebbe essere quello di scontrarsi con le ricerche precedenti del paziente**," avvertì Brandão. **Sia gli studenti che i medici devono imparare ad ascoltare, capire da dove nasce questa preoccupazione, valutare tecnicamente le informazioni e, da lì, aiutare il paziente a contestualizzarle.** La competenza tecnica è essenziale per riconoscere ciò che è rilevante, ciò che è fuori contesto e ciò che richiede ulteriori indagini. **L'IA dovrebbe migliorare l'assistenza, ma non sostituisce la capacità di stabilire una relazione umana di qualità.**

Quando un medico reagisce con impazienza, sarcasmo o un semplice rifiuto a un'ipotesi generata dall'IA e presentata dal paziente, convalida l'insicurezza preesistente dell'individuo. Questa risposta difensiva del professionista sanitario agisce come il fattore scatenante perfetto per l'immunizzazione cognitiva: il paziente conclude che il medico ha minimizzato il sintomo, ignorando la spiegazione tecnica e mantenendo la convinzione che debba cercare un secondo parere o richiedere ulteriori esami.

METODOLOGIA E FORMAZIONE MEDICA

Lo studio tedesco presenta limitazioni metodologiche che richiedono cautela nell'applicazione dei risultati alla pratica clinica: si tratta di uno studio sperimentale analogico basato su vignette e video, con un campione prevalentemente giovane di convenience online (n = 349; media di età 29,9 anni; 79% femmine), reclutato in Germania. Gli stessi autori riconoscono, nella discussione dell'articolo, che i risultati non possono essere direttamente estrapolati alla pratica clinica senza studi in contesti con maggiore validità esterna.

La cautela è essenziale quando si analizza l'applicabilità di questi risultati in Brasile, ha osservato Generoso Jr. Lo studio presenta chiari limiti. È stato condotto online con giovani partecipanti di lingua tedesca che immaginavano uno scenario clinico; non possiamo presumere che i risultati sarebbero gli stessi in Brasile. Tuttavia, vale la pena testare queste dinamiche qui. Nella simulazione, abbiamo la flessibilità di lavorare con attori di diversa età, regione e diversi background socioeconomici e culturali, validando così come i pazienti brasiliani reagiscono a questi comportamenti non verbali.

Tuttavia, i risultati contribuiscono a un corpus di prove ben consolidato nella letteratura sull'educazione medica che dimostra che **le abilità interpersonali non sono "doni**

innati", ma piuttosto competenze misurabili che possono essere insegnate. Un esempio di ciò è uno studio condotto presso la Facoltà di Scienze Mediche dell'Università Statale di Campinas, pubblicato su Academic Medicine e co-autore di Carvalho-Filho: ha seguito 124 studenti di medicina del quarto anno e 123 del sesto anno nel 2011 e 2012. **Le simulazioni con pazienti standardizzati, seguite da debriefing approfondito e guidato, hanno aumentato** significativamente i punteggi di empatia degli studenti sulla Jefferson Scale of Empaty.

Questo ragionamento è alla base del programma di Educazione Medica Empowered by Theater, creato da Carvalho-Filho e dettagliato in un articolo pubblicato anch'esso su Academic Medicine. Il programma applica tecniche teatrali e la pedagogia critica di Paulo Freire per sviluppare negli studenti uno stato di presenza, improvvisazione e intelligenza scenica, cioè la capacità di valutare la propria performance durante la recitazione.

"Per insegnare le competenze relazionali e prevenire l'immunizzazione cognitiva, non basta semplicemente introdurre la 'comunicazione' come contenuto teorico", sosteneva Brandão. **È necessario creare opportunità per gli studenti di esercitarsi, essere osservati nelle simulazioni e ricevere feedback strutturati. Inoltre, per insegnare simulazione, comunicazione e debriefing, non basta essere esperti nei contenuti clinici; Bisogna studiare l'educazione.**

Secondo Generoso Jr, il ruolo fondamentale della simulazione è rendere gli studenti consapevoli di comportamenti automatici di cui non sono consapevolmente consapevoli. "Nessuno corregge un gesto che non sa di fare. Nella simulazione, lo studente interagisce con un attore addestrato e, durante il debriefing, rivisitiamo insieme il caso e discutiamo le percezioni del gruppo. Spesso si sorprendono di vedere che hanno passato buona parte della conversazione a guardare il computer o a osservare quante volte hanno esitato. L'attenzione principale dovrebbe essere sull'investimento in una facoltà qualificata e formata nell'uso di strategie di simulazione nella sanità e non in strutture faraoniche con attrezzature che costano milioni di reais e che a volte tendono a essere superlative e non raggiungono obiettivi di apprendimento misurabili."

Il ragionamento si è concluso con una riflessione sulla necessità di umanizzare il rapporto tra insegnanti e studenti nell'ambiente accademico, secondo Carvalho-Filho. **C'è uno squilibrio di potere tra insegnante e studente molto simile alla dinamica che si verifica tra medico e paziente. Se l'insegnante usa il potere in modo autoritario, lo studente impara che è accettabile essere autoritari e lo riproduce con il paziente.** Abbiamo bisogno di un'educazione incentrata sullo studente per poter avere un'assistenza centrata sulla persona. La presenza umana, l'apertura, la curiosità e la vulnerabilità del dottore sono già terapeutiche di per sé.

DOMANDE FREQUENTI DAGLI OPERATORI SANITARI

D: Come dovrebbe la formazione medica insegnare empatia e comunicazione insieme alla competenza tecnica?

R: La comunicazione e l'empatia si insegnano meglio come competenze cliniche osservabili attraverso simulazione, feedback e pratica riflessiva, piuttosto che come teoria astratta esclusiva. I programmi di formazione spesso enfatizzano la presenza, l'ascolto e le capacità di spiegazione insieme alle conoscenze diagnostiche, affinché i clinici possano fornire risultati in modo comprensibile e affidabile ai pazienti.

D: In che modo le competenze comunicative dei clinici influenzano la fiducia dei pazienti nei risultati diagnostici?

R: La fiducia del paziente nei risultati diagnostici è fortemente influenzata dal calore, dalla fiducia e dalla chiarezza percepite da parte del clinico, non solo dal referto del test stesso.

Una comunicazione efficace può migliorare l'accettazione dei risultati rassicuranti, ridurre l'incertezza e diminuire la probabilità che i pazienti riinterpretino i risultati normali come malattia trascurata.

D: Come dovrebbero i clinici spiegare i risultati normali quando i sintomi persistono nonostante le rassicurazioni?

R: Quando i sintomi persistono nonostante i test normali, i clinici di solito devono contestualizzare il risultato, spiegare cosa il test può e cosa non può escludere e delineare un passo successivo chiaro. L'obiettivo è convalidare la preoccupazione del paziente evitando che il risultato normale venga interpretato come prove incomplete o inaffidabili.

D: Quali comportamenti non verbali influenzano maggiormente la rassicurazione del paziente durante la divulgazione dei risultati?

R: Segnali non verbali come il contatto visivo, la postura, il camminare avanti e indietro e l'esitazione possono sia rafforzare che minare la rassicurazione. Un comportamento calmo, organizzato e attento generalmente supporta la fiducia in sé stessi, mentre l'incertezza visibile o il distacco possono aumentare il rischio percepito e indebolire l'impatto di informazioni tecnicamente accurate.

D: Quali strategie riducono i test ripetuti e i secondi pareri dopo risultati diagnostici a basso rischio?

R: Ridurre i test ripetuti e i secondi pareri inutili di solito dipende dalla combinazione di spiegazioni tecniche con comunicazione che costruisce fiducia. Una chiara definizione del rischio, una discussione esplicita delle limitazioni dei test e un piano concreto di follow-up possono aiutare a chiudere il ciclo e ridurre l'utilizzo a valle causato da incertezze irrisolte.