Gruppo di ricerca geriatrica

Journal Club

3 Giugno 2011

Complessità e innovazione in geriatria

La complessità della relazione tra medici

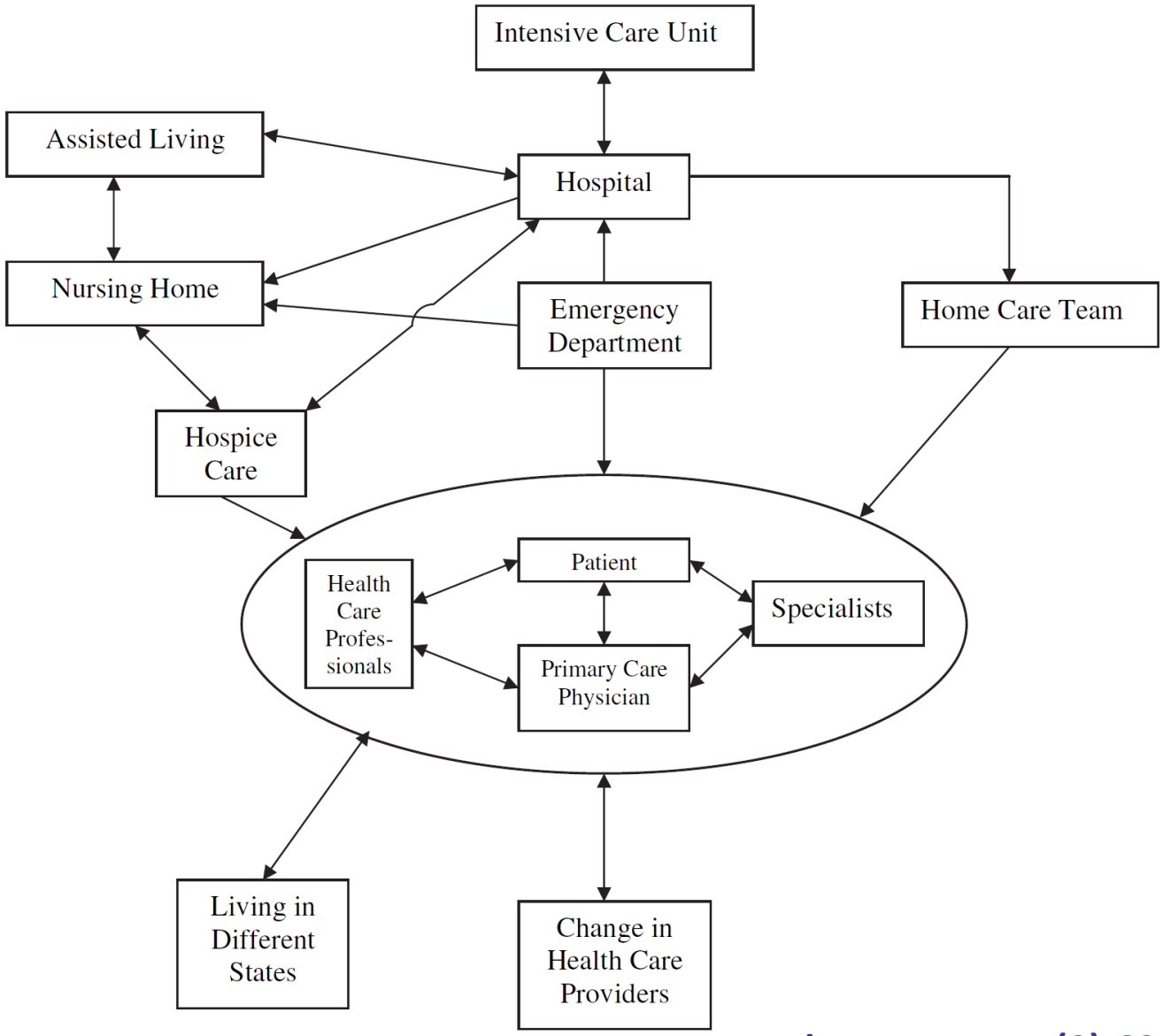
Marco Trabucchi

Hanno contribuito con intelligenza e generosità:

Giuseppe Bellelli, Stefano Boffelli,
Corrado Carabellese, Cristina Cornali,
Lina Falanga, Simone Franzoni,
Luisa Guglielmi, Marina Pizzoni,
Luca Rozzini, Renzo Rozzini,
Intissar Sleiman, Sara Tironi.

La scelta dell'argomento del seminario è stata indotta dal riconoscimento delle difficoltà oggettive riscontrate in molti servizi (e tra servizi), determinate da un rapporto scadente tra medici.
I molti luoghi delle possibili relazioni.

The complexity of transitions.



J.E. Morley, JAMDA 11(9):607-11, 2010

Societal Perceptions of Physicians

Knights, Knaves, or Pawns?

Sachin H. Jain, MD, MBA

Christine K. Cassel, MD

The British Economist Julian Le Grand suggested that public policy is grounded in a conception of humans as "knights," "knaves," or "pawns."

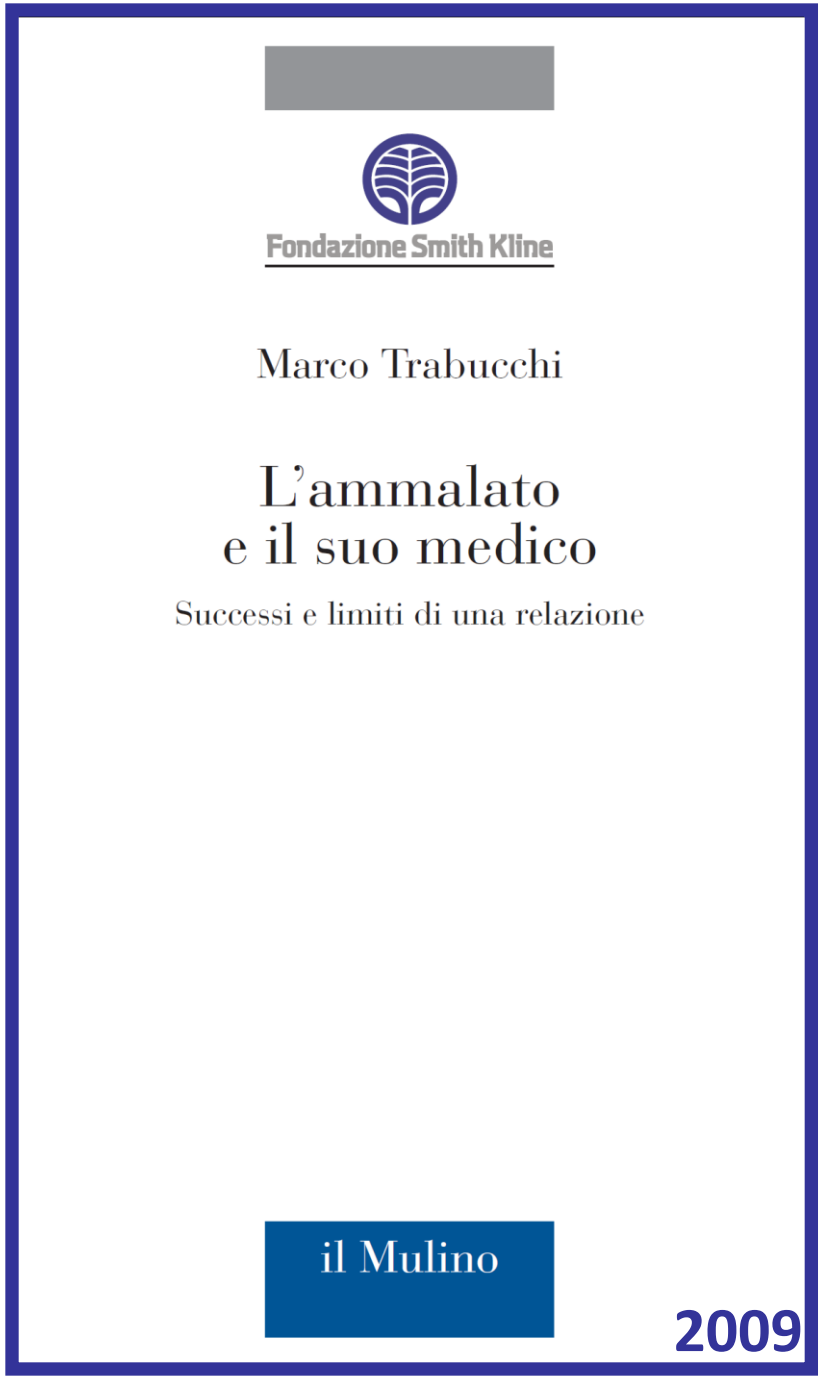
Human beings are motivated by virtue (*knights*) or rigid self-interest (*knaves*) or are passive victims of their circumstances (*pawns*).

JAMA 304(9):1009-1010, 2010

E’ solo percezione sociale o realmente il medico vive in paradiso, all’inferno o in purgatorio?

La complessità della gestione umana dopo l'eclissi dell'autoritarismo e nel tempo della transizione delle conoscenze tecnico-scientifiche in medicina.
L'importanza della comunicazione quando mancano punti di certezza.
Se abbiamo chiaro il dovere della comunicazione ed i suoi contenuti, non sempre sono chiari i mezzi per raggiungere tale obiettivo.

La grande attenzione dedicata al rapporto medico-paziente ha dimenticato di analizzare come la relazione tra medici influenzi in modo positivo e negativo la relazione con il paziente.
Non vi è stata una sufficiente elaborazione culturale, anche a causa di un modello di relazione slegata dal contesto, oggi non più realistico.
Nell'approccio unitario alla condizione dell'anziano ammalato non possiamo trascurare tutte le relazioni che lo condizionano.


Fondazione Smith Kline
Marco Trabucchi
L'ammalato
e il suo medico
Successi e limiti di una relazione
il Mulino
2009

L'obiettivo del rapporto tra medici non è un cameratismo superficiale, ma creare un clima ideale per migliorare le cure:

- **gentilezza e mitezza**
- **ottimismo**
- **generosità personale e culturale e umiltà**
- **attenzione alle piccole cose (linguaggio, atti, fretta, ecc.)**
- **coscienza della propria importanza:**
  "Health care is not only a private concern. It affects the entire community" ***(Povar et al, Ann Int Med, 2004)***
- **"voglia di divertirsi con altri nel proprio lavoro" (C. Cornali)**

I doveri nel rapporto tra medici

- formare
- condividere
- creare un linguaggio comune
- costruire un’equipe
- aiutare nelle crisi

Le relazioni tra medici:

a) consulenziali; b) interattive; c) educative; d) inutili

Il dovere di lavorare su noi stessi…
L’elaborazione personale delle relazioni con gli altri.

Some Things Have Not Changed

Linda Hawes Clever, MD

The profession of medicine faces unprecedented pressures that jeopardize physicians' ability to care for patients. This is the perfect time for physicians to look back at the history of medicine; examine our own personal journeys; and reflect on our ideals, commitments, and accomplishments.

To be effective leaders for medicine and health, physicians must work together. We must be vigilant about threats to high standards, research, education, and ethics and seize opportunities for improvement. We need to ensure that relationships with patients, students and housestaff, and other colleagues are marked by trust and healing. The days, years, and careers that we spend caring for others are most sustainable and satisfying if we also care for ourselves and our families.

Many elements are required for physicians to maintain the lifegiving capabilities of our profession. Principles and thought combined with action have carried and buoyed medicine throughout time. This must not change.

Ann Intern Med. 2000;132:85-89.

Le dinamiche diverse nel rapporto tra:

- **medico bravo-medico bravo**
- **medico bravo-medico asino**
- **medico asino-medico bravo**
- **medico asino-medico asino**

La condivisione del sapere è il punto di partenza indispensabile, ottenibile sia attraverso la comunicazione formale delle informazioni sia attraverso la comunicazione informale.

Nel rapporto con il malato vi può esser condivisione scientifica sulla malattia, ma diversità di approccio personale.

E' un aspetto particolarmente delicato del lavoro di equipe, perché rischia di compromettere la cura.

Il rapporto tra medici e i servizi

Due esempi di rapporto scadente

1) Pz di 87 anni, con importante comorbilità, ma ancora lucido, autonomo nella deambulazione. L'infermiera chiama urgentemente in reparto me e la Sara perchè il pz è privo di coscienza. Al nostro arrivo, il pz è in arresto cardiaco. Pratichiamo le manovre rianimatorie e, dopo circa 2 minuti di massaggio cardiaco e respirazione assistita, il polso riprende! Chiamiamo l'auto medica: all'arrivo dei medici del 118, il paziente è ancora in stato di coma, ma i parametri vitali sono stabilizzati. All'arrivo al PS, il paziente è più vigile. Viene effettuata visita cardiologica, ECG, esami ematici, tra cui troponina che risulta negativa. Nel pomeriggio il paziente viene dimesso con diagnosi di "sincope". I medici dicono alla figlia (tra l'altro nostra ausiliaria) che probabilmente non si era trattato di arresto cardiaco. Due giorni dopo l'infermiera della notte lo trova morto nel suo letto.

2) Pz di 84 anni, in terapia con betabloccante per precedenti episodi di FA parossistica. Ha sospeso qualche anno fa il cordarone per ipotiroidismo. Paziente lucida, discretamente autonoma nelle ADL. In seguito a malessere, viene eseguito ECG che mostra FA ad elevata risposta ventricolare (FC: 140 bpm). Gli altri parametri vitali sono nella norma, non ci sono segni di scompenso, così decidiamo di non ospedalizzare la pz. Iniziamo la terapia con 2 ffl di Cordarone. Dopo qualche ora la pz è in ritmo sinusale con una frequenza di 75 bpm. Nel pomeriggio, tuttavia, ritorna in FA con un ritmo di circa 120 bpm. Il caso vuole che proprio quel pomeriggio debba venire il nostro consulente cardiologo che, dopo aver visionato il caso, ci suggerisce un betabloccante. In serata la pz viene inviata in PS con una frequenza di 37 bpm e le viene posizionato in urgenza un pace maker. Il nostro consulente cardiologo riceve il seguente sms dal collega del pronto soccorso: "la prossima volta che vai all'ospizio, limitati a prescrivere ai vecchi il placebo!"

(L. Guglielmi)

Il ruolo della scarsa fiducia tra medici.
Il caso particolare della scarsa fiducia verso "i medici dei vecchi".
La banalità dell'ignoranza che diviene atto colpevole.

L’esempio dell’ortogeriatria come tipologia di interazione tra medici che non ha ancora trovato una formalizzazione soddisfacente, pur in presenza di un chiaro modello operativo.

Il vittimismo del medico di famiglia e il travaglio della medicina di gruppo.

Alcune condizioni che mettono in difficoltà il rapporto tra medici.

“Physicians experiences with impaired colleagues”
JAMA 304:1845, 2010

Attenzione all'influenza rispetto al rapporto tra colleghi esercitata da ideologie e posizioni personali sul significato della vita.

La medicina difensiva ha compromesso pesantemente il rapporto tra medici.
Nei tribunali è morta qualsiasi solidarietà.

Le tematiche economico-organizzative e l'effetto devastante sulla relazione tra medici.
Il piccolo ragioniere non parla con l'altro piccolo ragioniere.
Negli ospedali il problema dell'attribuzione dei DRG.

Gli enormi danni provocati dai medici servi dei potenti, spesso mediocri dotati di un potere sproporzionato e incapaci di dialogo sulle cose serie.

Il rapporto tra medici di etnie e razze diverse

La collaborazione tra medici negli studi clinici: il denaro è spesso l'unico "collante".

PERSPECTIVE

When Most Doctors Are Women: What Lies Ahead?

Wendy Levinson, MD, and Nicole Lurie, MD, MSPH

The profession of medicine is becoming feminized: The number of women enrolled in medical school and residency programs has increased dramatically over the past several decades. Some researchers have examined how women are faring in the profession, but few have considered how feminization of the profession will affect patient care and health care systems, as well as the profession itself. We predict that notable changes may emerge in 4 domains: the patient–physician relationship, the local delivery of care, the societal delivery of care, and the medical profession itself. We also consider the potential positive and negative consequences of a predominantly female physician workforce on these domains.

Ann Intern Med. 2004;141:471-474. www.annals.org

For author affiliations, see end of text.

La comunicazione tra medici di genere diverso: difficoltà da nascondere?

La “proletarizzazione” della professione medica. Una strada senza ritorno, la cui responsabilità è soprattutto della sindacalizzazione (MMG, ospedalieri, ecc.). Ma queste condizioni hanno creato solo apparentemente solidarietà.
I conflitti per guardie, ferie, permessi.

ACADEMIA AND CLINIC | Annals of Internal Medicine

Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students

Liselotte N. Dyrbye, MD; Matthew R. Thomas, MD; F. Stanford Massie, MD; David V Power, MD; Anne Eacker, MD; William Harper, MD; Steven Durning, MD; Christine Moutier, MD; Daniel W. Szydlo, BA; Paul J. Novotny, MS; Jeff A. Sloan, PhD; and Tait D. Shanafelt, MD

Background: Little is known about the prevalence of suicidal ideation among U.S. medical students or how it relates to burnout.

Objective: To assess the frequency of suicidal ideation among medical students and explore its relationship with burnout.

Design: Cross-sectional 2007 and longitudinal 2006 to 2007 cohort study.

Setting: 7 medical schools in the United States.

Participants: 4287 medical students at 7 medical schools, with students at 5 institutions studied longitudinally.

Measurements: Prevalence of suicidal ideation in the past year and its relationship to burnout, demographic characteristics, and quality of life.

Results: Burnout was reported by 49.6% (95% CI, 47.5% to 51.8%) of students, and 11.2% (CI, 9.9% to 12.6%) reported suicidal ideation within the past year. In a sensitivity analysis that assumed all nonresponders did not have suicidal ideation, the prevalence of suicidal ideation in the past 12 months would be 5.8%. In the longitudinal cohort, burnout ($P < 0.001$ for all domains), quality of life ($P < 0.002$ for each domain), and depressive symptoms ($P < 0.001$) at baseline predicted suicidal ideation over the following year. In multivariable analysis, burnout and low mental quality of life at baseline were independent predictors of suicidal ideation over the following year. Of the 370 students who met criteria for burnout in 2006, 99 (26.8%) recovered. Recovery from burnout was associated with markedly less suicidal ideation, which suggests that recovery from burnout decreased suicide risk.

Limitation: Although response rates (52% for the cross-sectional study and 65% for the longitudinal cohort study) are typical of physician surveys, nonresponse by some students reduces the precision of the estimated frequency of suicidal ideation and burnout.

Conclusion: Approximately 50% of students experience burnout and 10% experience suicidal ideation during medical school. Burnout seems to be associated with increased likelihood of subsequent suicidal ideation, whereas recovery from burnout is associated with less suicidal ideation.

Ann Intern Med. 2008;149:334-341. www.annals.org
For author affiliations, see end of text.

Doing so would lead to development of evidence-based curricula that could help trainees develop and sustain health habits needed to assess personal well-being and promote resilience throughout the course of a medical career. Once in practice, physicians have a professional responsibility to promote their own well-being. Additional studies are needed to determine the optimal way in which physician societies, medical centers, practice groups, and individual physicians can facilitate this.

L.N. Dyrbye & T.D. Shanafelt, JAMA 305(9):2009-10, 2011

La formazione alla relazione deve essere fondata sulla dimostrazione dei risultati.
Pochi psicologismi e molto outcome.
Il burnout si combatte con la dimostrazione di efficacia.
La relazione si costruisce discutendo successi e fallimenti.

In un mondo di relazioni sempre più liquide, perché il medico dovrebbe essere in grado di relazioni “forti”?
L’orgoglio di una professione da ricostruire attraverso una coscienza del sapere individuale e condiviso e del saper fare assieme.

Il medico, da parte sua, deve “perseverare con ogni sobrietà giorno per giorno, senza perdere lo slancio della speranza, in un mondo che, per sua natura è imperfetto”.

[Benedetto XVI, 2007]