

Costruzione di una relazione efficace con il malato: fra empatia, tecnologie, frammentazione dei saperi e unitarietà – 12.2025

Gianfranco Sinagra

Direttore Dipartimento CTV

SC Cardiologia – ASUGI

Università di Trieste



Eugenio Borgna

La fragilità che è in noi



Ci sono emozioni forti ed emozioni deboli, virtù forti e virtù deboli, e sono fragili alcune delle emozioni più significative della vita. Sono fragili la tristezza e la timidezza, la speranza e l'inquietudine, la gioia e il dolore dell'anima. E in cosa consiste la loro fragilità?

terapia e la chemioterapia sono ovviamente strumenti essenziali di cura dei tumori, ma a esse è necessario aggiungere, egli sostiene, un altro strumento: quello delle parole. Le parole che si dicono, come quelle che si ascoltano; le parole che si condividono, che ci uniscono, che riconfortano, o quelle che feriscono. Le parole sono dotate di un immenso potere: sono in grado di aiutare, di indicare un cammino, di recare la speranza, o la disperazione, nel cuore dei malati che, nel momento in cui scendono nella voragine della sofferenza, hanno un infinito bisogno di dare voce alle loro emozioni e al loro dolore, che è dolore del corpo, e dolore dell'anima.

Quante persone ferite dalla malattia sono lacerate dalle parole troppo violente, troppo dure, troppo inumane, che i medici rivolgono loro. Una diagnosi comunicata in un corridoio o a una segreteria telefonica, un gesto ambivalente che lascia presagire indifferenza o preoccupazione, uno sguardo sfuggente nel momento di rispondere a una domanda: tutto può causare angoscia e disperazione. Così, è necessario scegliere parole che possano essere subito comprese, e che non feriscano. Questo è il compito,



EUGENIO BORGNA
**Le intermittenze
del cuore**

UNIVERSALE
ECONOMICA
FELTRINELLI / SAGGI

pelago), e con le domande delineate sulle sue diverse connotazioni tematiche, vorrei giungere a definirne alcuni aspetti essenziali: che scaturiscono, in ogni caso, da quella che è stata la mia esperienza clinica. Senza di questa, senza le impressioni umane e psicologiche che da essa sono venute emergendo, il mio discorso (in un'area umbratile, come è questa delle emozioni, in particolare) si svuoterebbe istantaneamente di significato: si farebbe astratto e rapsodico.

La tenerezza, certo, è una emozione che, in forma ancora più emblematica che non in altre emozioni, non si realizza (non nasce) se non in una correlazione continua e fluida con un *altro*: in una spirale di alterità senza fine. (La tenerezza come espressione di sensibilità: di apertura e di plasmabilità, di estrema disponibilità ad accogliere e a donare.)

Seguendo il cammino semantico (etimologico), che si snoda nella tenerezza, direi che, quando si sia capaci di tenerezza, le emozioni (la gioia come la tristezza, l'amore come la compassione) entrano in noi: lasciando tracce e impronte che vivono nei cuori, e franando le barriere che ci separano dai contesti interpersonali in cui siamo immersi.

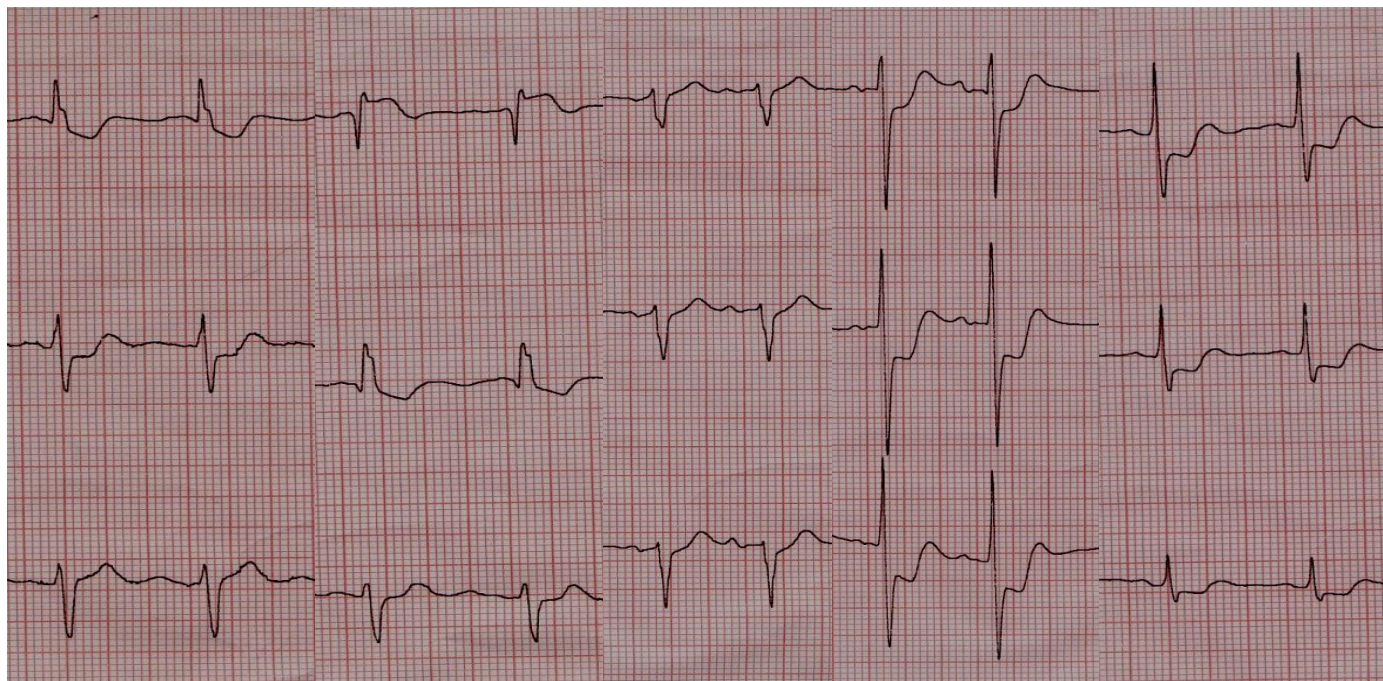
La tenerezza sconfinava, certo, nella dolcezza e nella mitezza: non c'è, in fondo, l'una senza l'altra; ma, forse, nella tenerezza si attua una riconciliazione fra vita psichica e vita corporea: fra linguaggio della parola e linguaggio dei gesti: fra anima e corpo vissuto (corpo vivente); nel contesto di una radicale unità psicosomatica.

La tenerezza, insomma, si esprime nelle parole, che nascono dal cuore, ma anche nei gesti (nei volti che si oscurano e si incendiavano, negli sguardi che destano risonanze interiori senza fine, nelle lacrime e nel sorriso che sono le parole del silenzio) che siano capaci di trascendenza: di farci andare al di là del loro significato banale e quotidiano, e di farci cogliere le loro radici profonde e nascoste che sono sigillate, in ogni caso, dalla nostalgia di comunicazione: di intersoggettività.

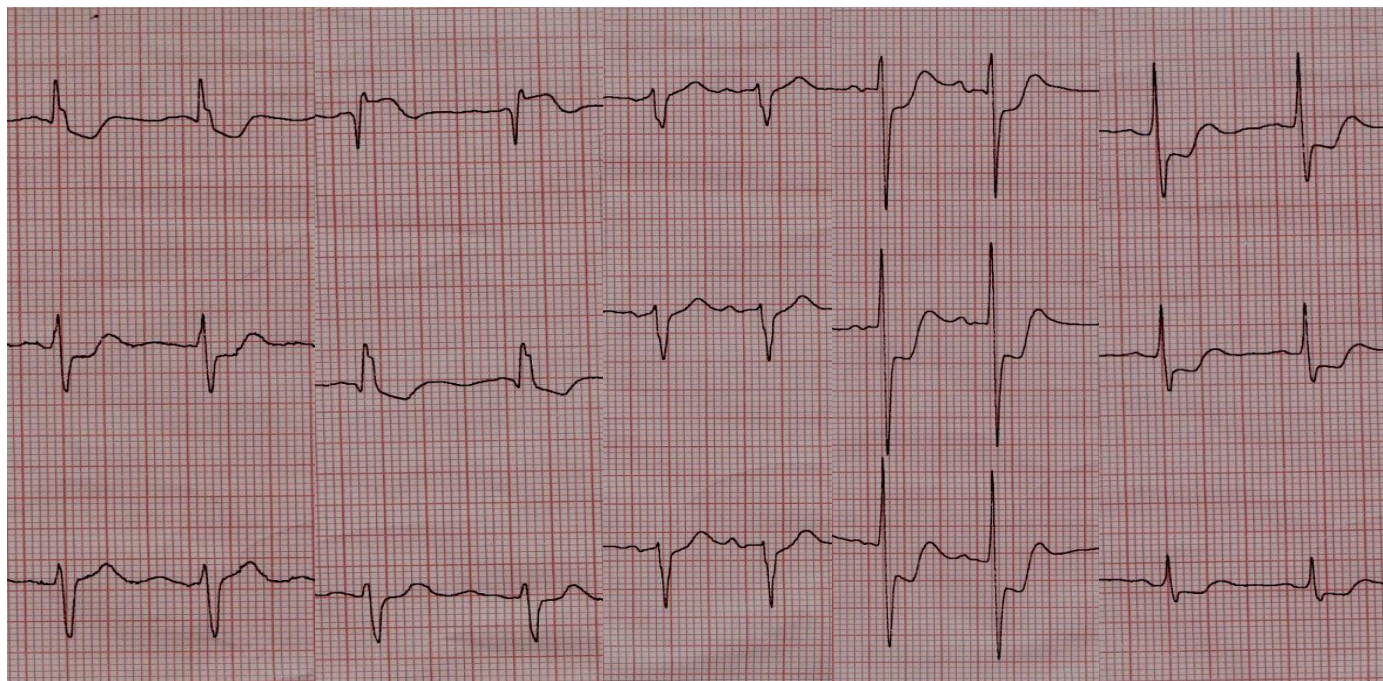
(La tenerezza come comunicazione flebile e silenziosa: come comunicazione striata di timidezza: direi.)

Ascoltare le emozioni, vivere le emozioni, distinguerle e coglierle nelle loro diverse dimensioni (nelle loro diverse *Abschattungen*, la parola è di matrice husserliana, e cioè nei loro diversi adombramenti), descriverle e analizzarle nelle loro diverse strutture di significato, rintracciare in esse le comuni fondazioni interpersonali ma riconoscere le emozioni crudeli e quelle inaridite di senso: sono, queste, alcune delle ricerche fenomenologiche che hanno ridato dignità alle emozioni, e al discorso su di esse; e in questo circolo di idee si colloca anche il mio discorso sulla tenerezza.

57 aa; forte fumatore; PA 170/90 mmHg; familiarità per cpt ischemica;
Col, Hb, Creat
Dalle ore 8 insorgenza di dolore toracico

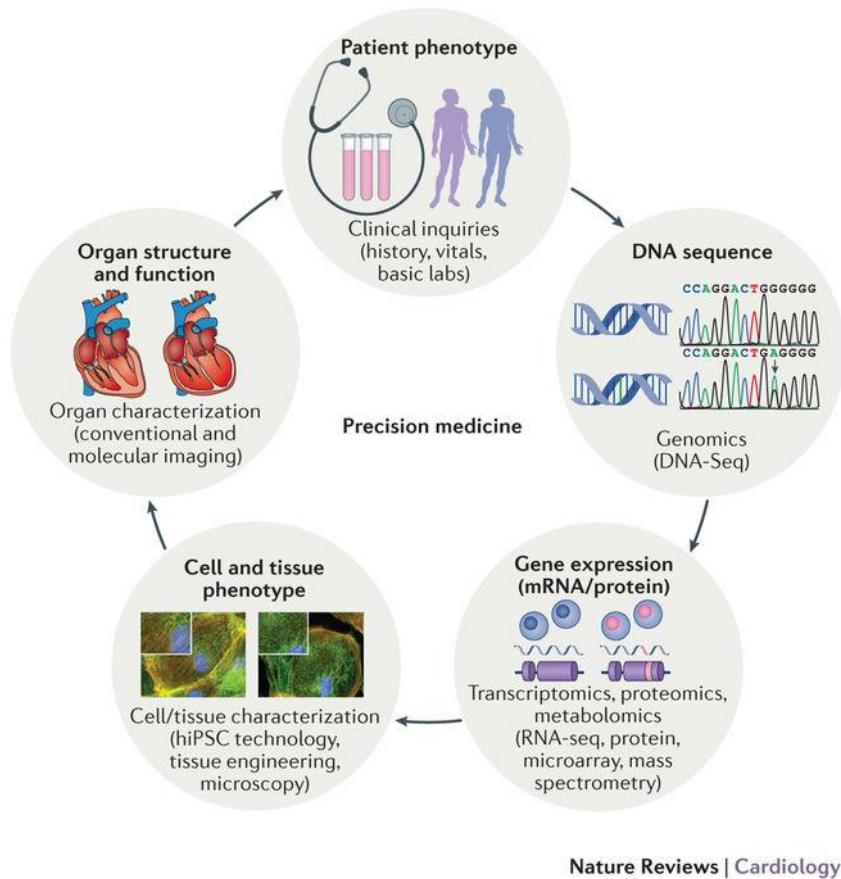


57 aa; imprenditore; frequenti viaggi; vedovo; vive solo; fumatore 40 sig/die; PA 170/90 mmHg;
familiarità per cpt ischemica, madre morta a 50 aa per arresto cardiaco;
scarsa attività fisica; kg 90xcm174, 5-6 caffè/die;
Col..., Hb..., Creat...
Dalle ore 8 insorgenza di dolore toracico; giunge in PS ore 12

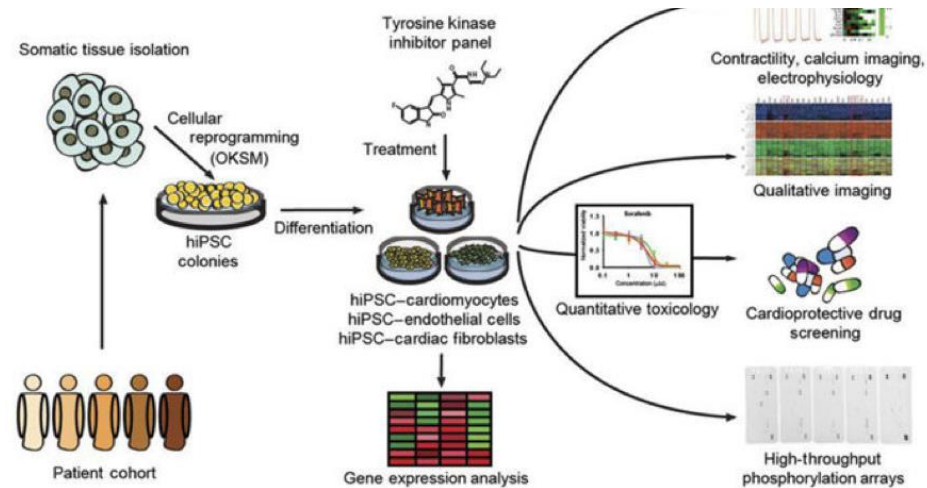


Sanità del futuro e Precision medicine:

1. Patient
2. Gene
3. Cellular/Tissue Model (hiPSC technology, CRISPR-Cas9)
4. Mechanism of disease
5. Arrhythmia and Contractility assays



Nature Reviews | Cardiology

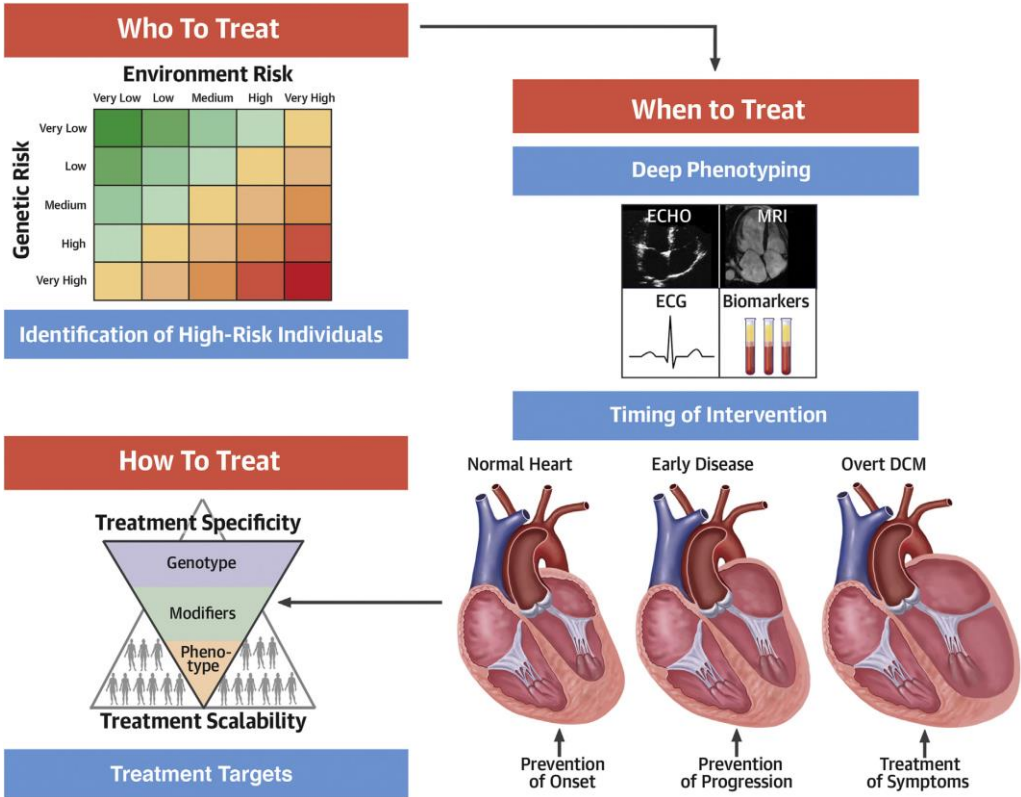


Precision Medicine in the Management of Dilated Cardiomyopathy

JACC State-of-the-Art Review



CENTRAL ILLUSTRATION Precision Medicine for Dilated Cardiomyopathy



Fatkin, D. et al. J Am Coll Cardiol. 2019;74(23):2921-38.

HeartLogic was proven to detect the early warning signs of worsening heart failure by combining data from **5 sensors** into a single composite index.



Heart
Sounds
S1 & S3



Impedanc
e
Thoracic



Respiratio
n
Rate &
Volume



Activity
Time
Spent
Active



Heart Rate
Night



A Multisensor Algorithm Predicts Heart Failure Events in Patients With Implanted Devices

Results From the MultiSENSE Study

John P. Boehmer, MD,^a Ramesh Hariharan, MD,^b Fausto G. Devecchi, MD,^c Andrew L. Smith, MD,^d Giulio Molon, MD,^e Alessandro Capucci, MD,^f Qi An, PhD,^g Viktoria Averina, PhD,^g Craig M. Stolen, PhD,^g Pramod Singh, H. Thakur, PhD,^g Julie A. Thompson, PhD,^g Ramesh Wariar, PhD,^g Yi Zhang, PhD,^g Jagmeet P. Singh, MD, DPhM,^h

ABSTRACT

OBJECTIVES The aim of this study was to develop and validate a device-based diagnostic algorithm to predict heart failure (HF) events.

BACKGROUND HF involves costly hospitalizations with adverse impact on patient outcomes. The authors hypothesized that an algorithm combining a diverse set of implanted device-based sensors chosen to target HF pathophysiology could detect worsening HF.

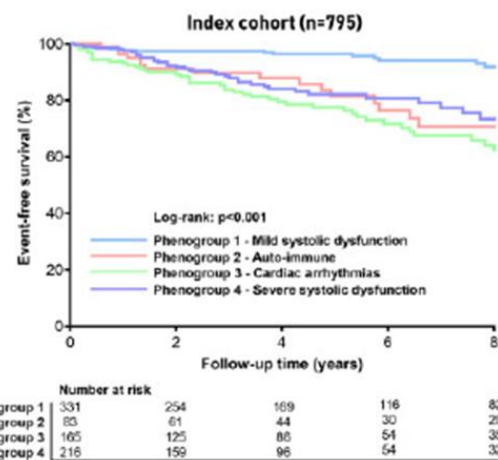
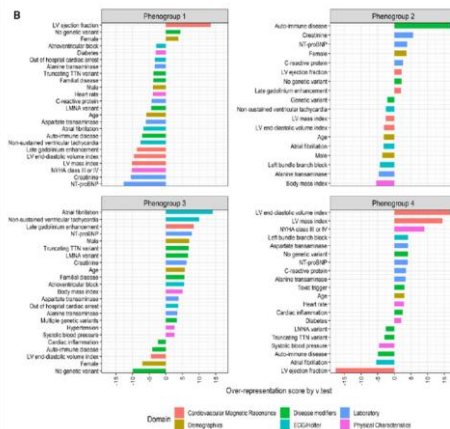
METHODS The MultiSENSE (Multisensor Chronic Evaluation in Ambulatory Heart Failure Patients) study enrolled patients with investigational chronic ambulatory data collection via implanted cardiac resynchronization therapy defibrillators. HF events (HFEs), defined as HF admissions or unscheduled visits with intravenous treatment, were independently adjudicated. The development cohort of patients was used to construct a composite index and alert algorithm (HeartLogic) combining heart sounds, respiration, thoracic impedance, heart rate, and activity; the test cohort was sequestered for independent validation. The 2 coprimary endpoints were sensitivity to detect HFE >40% and unexplained alert rate <2 alerts per patient-year.

RESULTS Overall, 900 patients (development cohort, n = 500; test cohort, n = 400) were followed for up to 1 year. Coprimary endpoints were evaluated using 320 patient-years of follow-up data and 50 HFEs in the test cohort (72% men; mean age 66.8 ± 10.3 years; New York Heart Association functional class at enrollment: 69% in class II, 25% in class III; mean left ventricular ejection fraction 30.0 ± 11.4%). Both endpoints were significantly exceeded, with sensitivity of 70% (95% confidence interval [CI]: 55.4% to 82.1%) and an unexplained alert rate of 1.47 per patient-year (95% CI: 1.32 to 1.65). The median lead time before HFE was 34.0 days (interquartile range: 19.0 to 66.3 days).

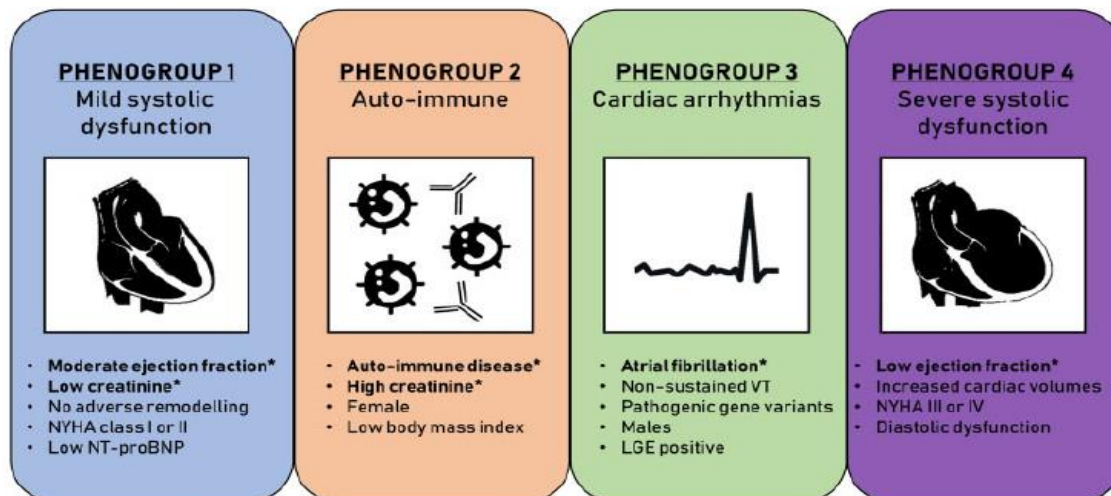
CONCLUSIONS The HeartLogic multisensor index and alert algorithm provides a sensitive and timely predictor of impending HF decompensation. (Evaluation of Multisensor Data in Heart Failure Patients With Implanted Devices [MultiSENSE]; [NCT01128166](https://doi.org/10.1016/j.jchf.2016.12.011)) (J Am Coll Cardiol HF 2017;5:216-25) © 2017 The Authors. Published by Elsevier on behalf of the American College of Cardiology Foundation. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Phenotypic clustering of dilated cardiomyopathy patients highlights important pathophysiological differences

Job A.J. Verdonchot^{1,2}, Marco Merlo³, Fernando Dominguez^{4,5}, Ping Wang², Michiel T.H.M. Henkens¹, Michiel E. Adriaens⁶, Mark R. Hazebroek¹, Marco Masé³, Luis E. Escobar^{4,5}, Rafael Cobas-Paz^{4,5}, Kasper W.J. Derks², Arthur van den Wijngaard², Ingrid P.C. Krapels², Han G. Brunner^{2,7,8}, Gianfranco Sinagra¹, Pablo Garcia-Pavia^{4,5,9}, and Stephane R.B. Heymans^{1,10,11*}

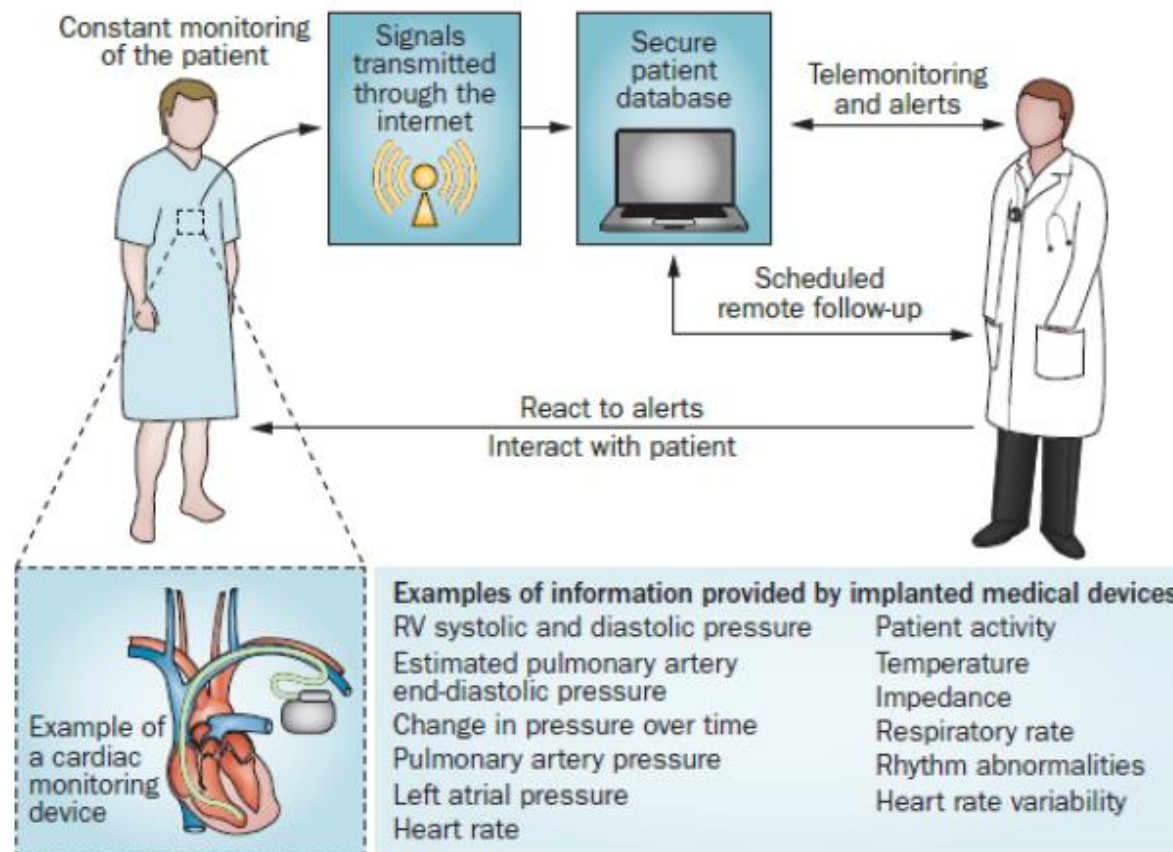


A



Trials of implantable monitoring devices in heart failure: which design is optimal?

William T. Abraham, Wendy G. Stough, Ileana L. Piña, Cecilia Linde, Jeffrey S. Borer, Gaetano M. De Ferrari, Roxana Mehran, Kenneth M. Stein, Alphons Vincent, Jay S. Yadav, Stefan D. Anker and Faiez Zannad



LA SANITA' DEL FUTURO?

INTEGRATA & CONNESSA CON
LA TELE-MEDICINA



FEBRUARY 23 / MARCH 2, 2015

SPECIAL
HEALTH
DOUBLE
ISSUE

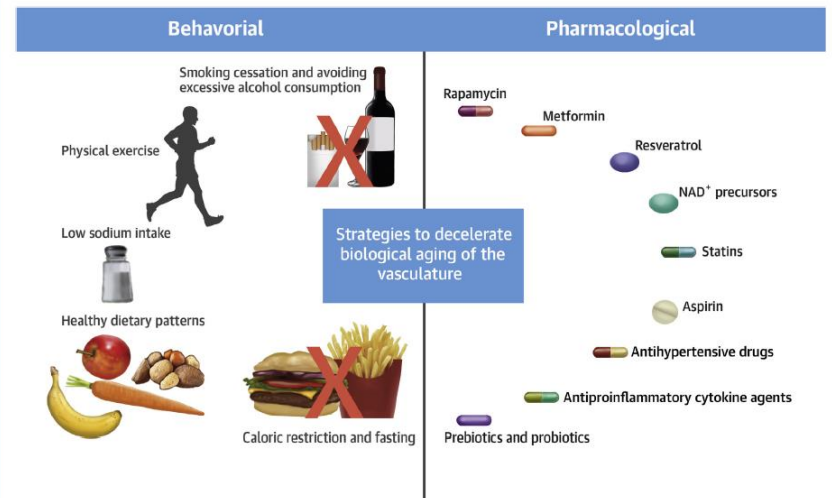
TIME

THIS
BABY
COULD
LIVE
TO BE
**142
YEARS
OLD**

Dispatches From the
Frontiers of Longevity

time.com

CENTRAL ILLUSTRATION Strategies to Decelerate Biological Aging of the Vascular System



Hamczyk, M.R. et al. J Am Coll Cardiol. 2020;75(8):919-30.

See Table 1 for details. NAD⁺ = nicotinamide adenine dinucleotide.

Intervention stratégies

Total CV risk (SCORE) %	LDL-C levels				
	<70 mg/dL <1.8 mmol/L	70 to <100 mg/dL 1.8 to <2.6 mmol/L	100 to <155 mg/dL 2.6 to <4.0 mmol/L	155 to <190 mg/dL 4.0 to <4.9 mmol/L	≥190 mg/dL ≥4.9 mmol/L
<1	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice, consider drug if uncontrolled
Class/Level	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A
≥1 to <5	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice, consider drug if uncontrolled	Lifestyle advice, consider drug if uncontrolled	Lifestyle advice, consider drug if uncontrolled
Class/Level	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	I/A
≥5 to <10, or high-risk	Lifestyle advice	Lifestyle advice, consider drug if uncontrolled	Lifestyle advice and drug treatment for most	Lifestyle advice and drug treatment	Lifestyle advice and drug treatment
Class/Level	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A
≥10 or very high-risk	Lifestyle advice, consider drug	Lifestyle advice and concomitant drug treatment	Lifestyle advice and concomitant drug treatment	Lifestyle advice and concomitant drug treatment	Lifestyle advice and concomitant drug treatment
Class/Level	IIa/A	IIa/A	I/A	IA	I/A

Raccomandazioni per facilitare le modifiche comportamentali

Raccomandazioni	Classe / Livello	Ref.
■ Le <u>strategie cognitivo-comportamentali</u> convalidate (es. il colloquio motivazionale) sono raccomandate per facilitare le modifiche dello stile di vita.	I A	231
■ Si raccomanda di <u>coinvolgere</u> un team multidisciplinare di professionisti sanitari (es. infermieri, dietologi, psicologi).	I A	232,233
■ Nei soggetti ad altissimo rischio CV è raccomandata la <u>prescrizione di interventi multimodali, che includano risorse mediche e informazioni su stili di vita sani, attività fisica, gestione dello stress, nonché il counseling sui fattori di rischio psicosociali.</u>	I A	233,234

Dieci punti strategici per facilitare le modifiche del comportamento- 1

1. Instaurare un'alleanza terapeutica.
2. Fornire raccomandazioni a tutti i soggetti a rischio o con malattia cardiovascolare clinicamente manifesta.
3. Aiutare a comprendere il rapporto esistente tra comportamento e salute.
4. Aiutare ad analizzare le proprie resistenze alle modifiche del comportamento.
5. Ottenere l'impegno da parte dell'assistito a modificare il suo comportamento.

Dieci punti strategici per facilitare le modifiche del comportamento - 2.

- 6.Coinvolgere l'assistito nell'identificazione e selezione dei fattori di rischio da modificare.
- 7.Adottare strategie combinate che prevedano un rafforzamento della capacità dell'assistito di cambiare.
- 8.Definire un programma per modificare lo stile di vita.
- 9.Coinvolgere altre figure professionali
- 10.Monitorare i progressi mediante contatti di follow-up



Sempre meno nati

I dati ISTAT relativi al 2023 confermano l'emergenza demografica nel nostro Paese. L'editoriale della Presidente SIP, Annamaria Stalano.

pagina 3



Quando il gioco è un problema

Le dipendenze comportamentali: uno dei maggiori pericoli per lo sviluppo del bambino e dell'adolescente. Su *Pediatria* il progetto "Dipendenze comportamentali nella Generazione Z" affidato all'ISS, con brochure e locandina allegate.

pagina 17

Pediatria

Società Italiana di **Pediatria**

www.sip.it

Magazine della Società Italiana di Pediatria

volume 14 | numero 3 | marzo 2024

✕ Comunicare la diagnosi ✕

Cosa c'è di diverso tra dire, comunicare, informare? Quando comincia la comunicazione della diagnosi, esiste un momento giusto? E cosa cambia nell'immagine del futuro di una famiglia e di un bambino a cui viene data una diagnosi di malattia grave? Sono le domande fondamentali che il pediatra deve porsi di fronte alla comunicazione della diagnosi. Domande che inevitabilmente ne evocano altre, per esempio quanto è bene dire, come e a chi. A questo tema è dedicato il Primo piano di questo numero di *Pediatria*, con l'obiettivo di fornire qualche indicazione al pediatra su come svolgere al meglio questa parte così impegnativa del suo lavoro.

pagina 10

Rifiuti urbani e salute

La gestione dei rifiuti urbani è un problema importante per le implicazioni ecologiche, sanitarie, economiche e sociali. Il punto su *Pediatria* a nome della Commissione Ambiente e Salute - SIP.

pagina 15



Social Fame

Adolescenza, social media e disturbi alimentari

Laura D'Alia Ragione
Raffaella Vanzetta



Il Pensiero Scientifico Editore
Numero verde 800.2.04.00
www.giulioeditore.it

In memoria di...

Su questo numero di *Pediatria* il Prof. Giovanni Corsello ricorda il Maestro di *Pediatria* Professor Fabio Sereni, e Gianni Bona ricorda Mauro Bozzola, scomparso improvvisamente.

pagina 29

Medicina narrativa sconosciuta alla metà dei medici

Medicina narrativa, questa sconosciuta. Un medico su due (57%) non sa cosa sia, così anche la quasi totalità dei pazienti (97%). È quanto emerge da un'indagine condotta da Dnm (Digital Narrative Medicine) nella community della sanità digitale MioDottore su 224 medici e 2.281 pazienti, presentata a Roma, all'Ara Pacis, nel corso del convegno "Prevenzione, salute e medicina narrativa in Italia: quali scenari?", organizzato in collaborazione con il Laboratorio di Health Humanities del Centro nazionale malattie rare dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la SIMeN (Società Italiana di Medicina Narrativa). Eppure l'Italia è il primo Paese in Europa ad aver messo a punto linee di indirizzo ufficiali sull'argomento, promosse dall'ISS che ha inoltre avviato il progetto di ricerca specifico Linemar per mapparne l'utilizzo, oltre a riunire centinaia di esperti in una società scientifica dedicata, la Simen.

La medicina narrativa "è una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa - afferma Amalia Egle Gentile, responsabile Laboratorio di Health Humanities del Centro nazionale malattie rare dell'ISS -. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura, come descritto nelle Linee di indirizzo che abbiamo pubblicato nel 2015". Obiettivo del progetto Linemar, di cui la Società Italiana di Pediatria è partner, spiega, è "comprendere se e come queste Linee di indirizzo siano state recepite dalle co-

munità scientifica e associativa, ampliando lo sguardo all'utilizzo delle arti e delle nuove tecnologie e considerando "la relazione al centro", come elemento base della cura".

La medicina narrativa, spiega Stefania Polvani, Presidente SIMeN, favorisce "l'aderenza alle terapie e alla prevenzione, riduce la conflittualità con l'operatore sanitario che, a sua volta, ha la possibilità di elaborare al meglio il carico emotivo della sua professione, riducendo il rischio burnout".

I dati dell'indagine

La scarsa conoscenza non corrisponde però a disinteresse o alla percezione di scarsa rilevanza della medicina narrativa. Al contrario, in questa fase di grande trasformazione della sanità, la medicina narrativa emerge come una risorsa prioritaria (86% dei pazienti, con quasi la metà, 48%, che la considera molto importante e 87% dei curanti, con il 58% che la ritiene molto importante). Nelle aspettative di pazienti e curanti la medicina narrativa può soprattutto migliorare la comunicazione e la relazione medico-paziente (57% pazienti e 79% medici) e facilitare la consapevolezza della malattia e dei bisogni di cura del paziente (41% pazienti e 61% medici).

Medici e pazienti però concordano su quali siano le barriere alla diffusione di questa metodologia e per quasi tutti dipenderebbero dai medici e non dai pazienti: per il 72% dei medici in primo piano c'è l'esigenza di una formazione specifica e per il 49% la mancanza di tempo; per i pazienti, invece, al primo posto c'è la mancanza di tempo degli operatori sanitari (55%) e solo per il 30% è una questione di formazione.

Un altro dato su cui riflettere riguarda le opportunità offerte dalla digitalizzazione. Secondo l'indagine, il 60% dei medici e il 58% dei pazienti ritengono la telemedicina, e in generale le tecnologie digitali, strumenti in grado di facilitare la diffusione della medicina narrativa in Italia "per favorire la relazione medico-paziente e la personalizzazione delle cure".

"Nei percorsi di presa in carico dei pazienti, la condivisione delle esperienze tra il personale medico, il paziente e il suo caregiver rappresenta un tassello importante nella prevenzione delle malattie, e segna un cambio di paradigma nella definizione dei percorsi di cura, in un'ottica di umanizzazione", ha affermato Ugo Cappellacci, presidente XII Commissione Affari Sociali della Camera, intervenendo all'incontro. La politica deve allora "orientare i servizi socio-sanitari e l'assistenza alla cronicità verso forme di sanità sempre più avanzate, partendo dalle opportunità offerte dalla tecnologia, che permette di accorciare le distanze, favorire il dialogo, e rappresenta un valido supporto nella definizione di una vera medicina di precisione". Importante "programmare e implementare su larga scala programmi di tele-assistenza, tele-consulti e tele-riabilitazione, favorendo un ecosistema interconnesso ed omogeneo su tutto il territorio nazionale".

Atti di qualità



Dnm: <https://digitalnarrativemedicine.com/en/about-us/>
MioDottore: <https://pro.miodottore.it/eventi-contenuti/miodottore-connect>
Linemar: <https://www.iss.it/-/medicina-narrativa-1>
Simen: <https://www.medicinanarrativa.network/>

Attualità

Siamo impegnati ogni giorno per la sicurezza degli operatori sanitari e sociosanitari con misure concrete anche attraverso l'Osservatorio nazionale per la sicurezza degli esercenti e delle professioni sanitarie. Recuperare un rapporto di alleanza tra cittadini e operatori sanitari è fondamentale: vogliamo che medici, infermieri, operatori sociosanitari non siano visti come nemici da aggredire, ma come professionisti che si prendono cura della salute di tutti noi". Con queste parole il Ministro Orazio Schillaci ha aperto l'evento per la Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari, il 12 marzo, organizzato in collaborazione con INAIL, per promuovere l'attenzione e l'informazione sulla preoccupante crescita del numero di episodi di violenza.

"È un fenomeno deprecabile da condannare e contrastare con tutte le misure possibili, non solo oggi ma tutti i giorni - ha aggiunto il Sottosegretario Marcello Gemmato. È fondamentale migliorare l'assistenza territoriale: una più ampia presenza di presidi assistenziali di prossimità è una misura che può contribuire a migliorare le condizioni di lavoro del personale di emergenza-urgenza, troppo frequentemente oggetto di fenomeni di violenza".

Sono state oltre 16mila, nel 2023, le segnalazioni complessive di aggressioni a operatori sanitari sull'intero territorio nazionale, per un totale di circa 18mila operatori coinvolti nelle aggressioni segnalate. A segnalare i 2/3 delle aggressioni sono state professioniste donne, coerentemente con la composizione di genere del personale sanitario. Le fasce d'età più colpite sono quelle tra i 30-39 anni e tra i 50-59 anni. La professione più interessata è quella degli infermieri, seguita da medici e operatori socio-sanitari. I setting più a rischio sono risultati essere il Pronto Soccorso e le Aree di Degenza e gli aggressori principalmente gli Utenti/Pazienti. Il 26% delle aggressioni segnalate sono fisiche, il 68% sono aggressioni verbali; il 6% delle aggressioni avviene contro beni di proprietà del professionista sanitario aggredito.

I dati emergono dal monitoraggio effettuato dall'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS), istituito presso il Ministero della Salute con specifici compiti di monitoraggio, studio e promozione di iniziative volte a garantire la sicurezza dei professionisti sanitari, i cui risultati sono stati presentati da Francesco Saverio Menzini, Capo del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle

26% delle aggressioni segnalate sono fisiche

68% sono aggressioni verbali

6% delle aggressioni avvengono contro beni di proprietà del professionista sanitario aggredito

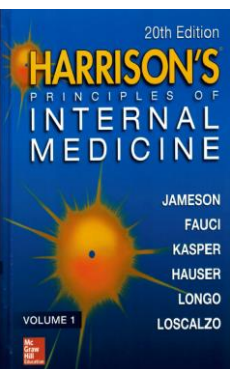
politiche in favore del Servizio sanitario nazionale del Ministero della Salute e da Mariella F. nolfi, Direttore generale delle Professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale del Ministero della Salute.

"Questi numeri - ha detto il Ministro - ci aiutano a indirizzare le attività di prevenzione e fornire per aggiornamento delle raccomandazioni per prevenire atti di violenza contro gli operatori sanitari. Nel corso di quest'anno inoltre partirà attività formative rivolte agli operatori sanitari definiti insieme ai rappresentanti di Agenzia: formazione infatti è essenziale per dare ai professionisti sanitari tutti gli strumenti utili a prevenire laddove è possibile e a gestire il fenomeno di violenza così come è fondamentale informare sensibilizzare le cittadine e i cittadini" per "l'aspetto culturale credo che sia il più importante e cruciale per questo abbiamo lanciato una via di sensibilizzazione in collaborazione con le federazioni e gli ordini professionali: vogliamo veramente che si recuperi un rapporto di alleanza tra cittadini e operatori sanitari".

Oltre 16 mila aggressioni ai sanitari nel 2023



Valore della relazionalità



Harrison's; 1958-2018

Part 1; The Profession of Medicine

Enduring values of the Medical Profession; pag 1-8

■ CLINICAL SKILLS

History-Taking The recorded history of an illness should include all the facts of medical significance in the life of the patient. Recent events should be given the most attention. Patients should, at some early point, have the opportunity to tell their own story of the illness without frequent interruption and, when appropriate, should receive expressions of interest, encouragement, and empathy from the physician. Any event related by a patient, however trivial or seemingly irrelevant, may provide the key to solving the medical problem. A methodical review of systems is important to elicit features of an underlying disease that might not be mentioned in the patient's narrative. In general, patients who feel comfortable with the physician will offer more complete information; thus, putting the patient at ease contributes substantially to obtaining an adequate history.

An informative history is more than an orderly listing of symptoms. By listening to patients and noting the way in which they describe their symptoms, physicians can gain valuable insight. Inflections of voice, facial expression, gestures, and attitude (i.e., "body language") may offer important clues to patients' perception of their symptoms. Because patients vary considerably in their medical sophistication and ability to recall facts, the reported medical history should be corroborated whenever possible. The social history also can provide important insights into the types of diseases that should be considered and can identify practical considerations for subsequent management. The

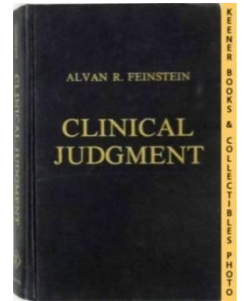
The very act of eliciting the history provides the physician with an opportunity to establish or enhance a unique bond that forms the basis for a good patient-physician relationship. This process helps the physician develop an appreciation of the patient's view of the illness, the patient's expectations of the physician and the health care system, and the financial and social implications of the illness for the patient. Although current health care settings may impose time constraints on patient visits, it is important not to rush the encounter. A hurried approach may lead patients to believe that what they are relating is not of importance to the physician, and thus they may withhold relevant information. The confidentiality of the patient-physician relationship cannot be overemphasized.

La storia clinica

Fare la storia, il procedimento più sofisticato della medicina, è una tecnica d'indagine straordinaria: in nessun' altra forma di ricerca scientifica l'oggetto dell'osservazione ***parla***.

L'acquisizione delle informazioni dalla storia è di gran lunga più complessa ma anche più utile per conoscere il paziente e la sua malattia rispetto all'esame fisico, ai test di laboratorio o all'imaging;

ma la capacità di fare la storia non si può apprendere dalle lezioni in aula o dai trattati – solo dall'esperienza e dalla riflessione critica su tecniche ed esperienza di comunicazione



AR Feinstein, 1967

La storia clinica

Non vi è necessariamente "soggetto" nella scarna storia di un caso clinico: le anamnesi moderne accennano al soggetto con formule/score "oggettivanti" (che potrebbero riferirsi a un essere umano come a un ratto). Per riportare il soggetto – il soggetto umano che soffre, si avvilisce, lotta – al centro del quadro, dobbiamo approfondire la storia di un caso sino a farne una vera storia, un racconto personale. Solo allora avremo un "*chi*" oltre a un "*che cosa*", avremo una persona reale , un paziente, in relazione alla malattia

1. Le competenze tecnico-cliniche

Le competenze cliniche sono abilità complesse che si basano su conoscenze e capacità e richiedono appropriate capacità attitudinali. Pertanto, l'educazione di un buon cardiologo deve includere conoscenze, capacità ed attitudini.

Obiettivi formativi di base

Acquisizione delle conoscenze fondamentali di anatomia, fisiologia, biochimica e genetica dell'apparato cardiaco allo scopo di stabilire la basi per l'apprendimento del laboratorio, della clinica e della terapia cardiologica. Acquisizione delle nozioni fondamentali di matematica, fisica, statistica ed informatica, utili per la comprensione della fisiologia della circolazione e per l'elaborazione di dati ed immagini di interesse clinico

ESC Core Curriculum for the Cardiologist

Felix C. Tanner^{1*}, Nicolas Brooks², Kevin F. Fox³, Lino Gonçalves⁴,
Peter Kearney⁵, Lampros Michalis⁶, Agnès Pasquet⁷, Susanna Price⁸, Eric Bonnefoy⁹,
Mark Westwood¹⁰, Chris Plummer¹¹, and Paulus Kirchhof^{12,13*}

Knowledge

Skills

Attitudes

2. Le competenze e attitudini relazionali

Le attitudini ed i comportamenti richiesti ad un Cardiologo vanno sviluppate durante il periodo di formazione interagendo con i Pazienti in vari contesti, con gli altri medici ed infermieri e con gli altri professionisti che lavorano nell'ambito cardiologico e non.

Tra le competenze attitudinali vi sono comunicazione, leadership, capacità di lavorare in gruppo, collaborazione, puntualità.



- Maturare un metodo di lavoro efficiente per affrontare con spirito critico le comuni problematiche cliniche in ambito cardiologico acuto, ambulatoriale e setting cronicità con competenze internistiche generali;
- Acquisire la capacità di comunicare efficacemente con i Colleghi ed i componenti delle equipe sanitarie relativamente alle problematiche dei pazienti «presi in cura»;
- «cure vs care»
- Gestire in maniera appropriata il rapporto con il paziente per prepararlo adeguatamente alle procedure previste e il rapporto con i familiari dell'assistito, anche in condizione critica.
- Favorire l'aderenza alle terapie e stili di vita

3. Sostenibilità, proporzionalità e appropriatezza

Sapere utilizzare correttamente e con appropriatezza le risorse diagnostiche e terapeutiche disponibili nelle differenti realtà operative (territoriali, riabilitative, Cardio, Cardio UTIC, Cardio Emo, Cardio CCH, CCH TCO-VAD,

Conoscere gli aspetti legali e di organizzazione sanitaria della professione

Acquisire la conoscenza del corretto ed appropriato utilizzo delle risorse e del budget e della pianificazione di interventi finalizzati a implementare la politica della qualità e i principi del rischio clinico e della sostenibilità

1. Health Interventions

“intervento giusto al paziente giusto”

2. Timing

“al momento giusto e per la durata giusta”

3. Setting

“nel posto giusto”

4. Professional

“dal professionista giusto”

**Appropriatezza
professionale**

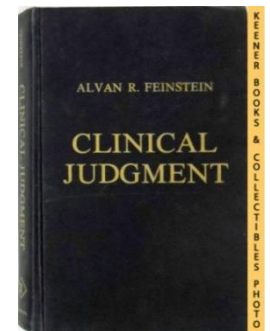


**Appropriatezza
organizzativa**

3. Il passaggio da studente a medico

"Despite many revolutionary changes in the technology, concepts, and practice of medicine, there remains a single title to distinguish a doctor who treats sick people: **he is a clinician...**«

"The clinician is the doctor at the sufferer's bedside, the doctor who accepts responsibility for the life entrusted to him by the patient, the doctor who plans the strategy and executes the tactics of therapeutic care"



AR Feinstein,
1967, p. 21

3. Disease, Illness e Sickness: le 3 dimensioni della malattia (fisiopat, sociologica, personale)

Il passaggio da studente a medico

- Il modello di malattia oggi dominante è biomedico.
- Questo modello assume che la malattia sia interamente spiegata da deviazioni dalla norma di variabili biologiche somatiche misurabili. E non lascia spazio al vissuto individuale ed alle dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali della malattia

GL Engel. The need for a new medical model.
A challenge for biomedicine. Science, 1977;196:129-136

3. Il passaggio da studente a medico

Cos'è l'empatia?

L'empatia, espressione della «**Intelligenza Emozionale, EQ**», è la capacità del medico di

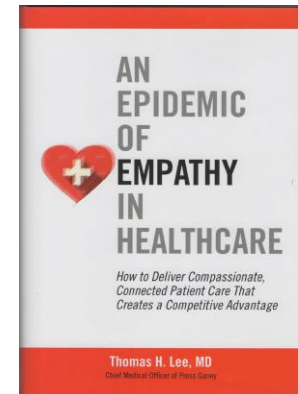
- ✓ comprendere la situazione, le prospettive e i sentimenti di un/una paziente e del suo contesto familiare;
- ✓ comunicare al/alla paziente che cosa ha compreso, e verificarne l'esattezza, attraverso l'uso del linguaggio verbale, mimico e gestuale;
- ✓ agire in base a ciò che ha compreso per il bene del/della paziente

M. Neumann et al. Empathy decline and its reasons.
A systematic review of studies with students and residents.
Acad Med 2011;86:996-1004

3. Il passaggio da studente a medico

Gli psicologi distinguono tre tipi di empatia:

- Empatia **cognitiva** (*understanding*): comprendere la situazione e la sofferenza di un'altra persona
- Empatia **emozionale** (*feeling*): partecipare a quello che sente e soffre un'altra persona
- Empatia **operativa** (*caring*): intraprendere atti concreti a vantaggio di un'altra persona



L'empatia è l'essenza del lavoro del clinico. Un clinico che manchi di empatia avrà con i pazienti un rapporto povero di soddisfazione, impersonale, incapace di ispirare fiducia.

3. Il passaggio da studente a medico

"If the training places most emphasis on the human side of the physician's activities, then the focus will be not technical in orientation – although technical expertise will not be neglected"

"The optics become person-oriented.

The patient is seen someone with values, preferences and hopes,

strengths and weaknesses, abilities and foibles – who happens to suffer from a certain set of medical conditions"



Eike-Kenner W Kluge.http://medgenmed.medscape.com/viewarticle/532476_print

3. Il passaggio da studente a medico: **una sensibilità che traina un metodo**

I medici giudicati particolarmente bravi dai loro colleghi («high scoring physicians») danno maggior valore a 4 caratteristiche:

- ✓ continuo apprendimento informale dalla propria pratica professionale («*experiential lifelong learning*»)
- ✓ riflessione e feedback sui propri interventi
- ✓ stimoli e conoscenze che derivano dal contatto con i pazienti
- ✓ stimoli e conoscenze che derivano dalle discussioni e dallo scambio di idee con i colleghi

Quale **MEDICINA?**....centrata sulla Persona

Quale **MEDICO/OPERATORE?**....attento al Malato e capace di inquadrare e gestire la Malattia

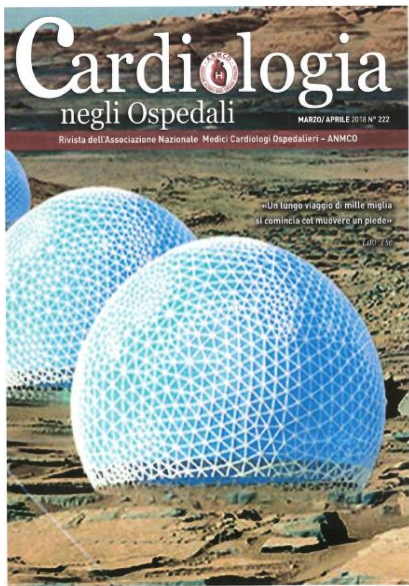
Quale **INSEGNAMENTO?**

Quale **METODO?**: ragionamento, empatia, deduzione

Coniugare **SCIENZA** e **VALORI** di **RIFERIMENTO**; **CONOSCENZE**, **COMPETENZE**,
RELAZIONALITA'....**SOSTENIBILITA'**, **PROPORZIONALITA'**

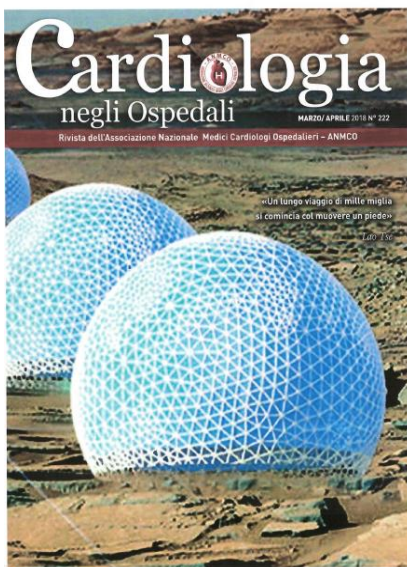
The physician as a Storyteller

"In recent years there has been a steadily growing interest in the narrative aspects of medical practice, as well in doctors' writings about their work. Underlying this interest is the assumption that *careful attention to the language and stories of medicine can enrich the doctor-patient relationship, improve patient care, and enhance doctors' sense of satisfaction with their work*"



LOOK IN THEIR EYES

«Mentre fissava lo schermo, mi fece rapidamente una serie di domande: in pratica era il suo modo piuttosto superficiale di raccogliere la mia anamnesi. Parlammo per circa 5'. Notai che, durante tutto il tempo, non instaurava alcun contatto con me, in pratica non mi guardava mai negli occhi. Tentai di coinvolgerla nei dettagli dei miei disturbi, senza successo. Dopo che completò di riempire lo schema al computer, mi informò che avrebbe avuto bisogno di una serie di esami. Le risposi che la maggior parte di questi gli avevo già effettuati, ma lei mi raccomandò di eseguirli tutti. Dopo circa 10' ebbi la sensazione che la mia visita stesse per concludersi, sebbene la dottoressa non mi avesse ancora chiesto alcune notizie per me rilevanti sulla malattia»



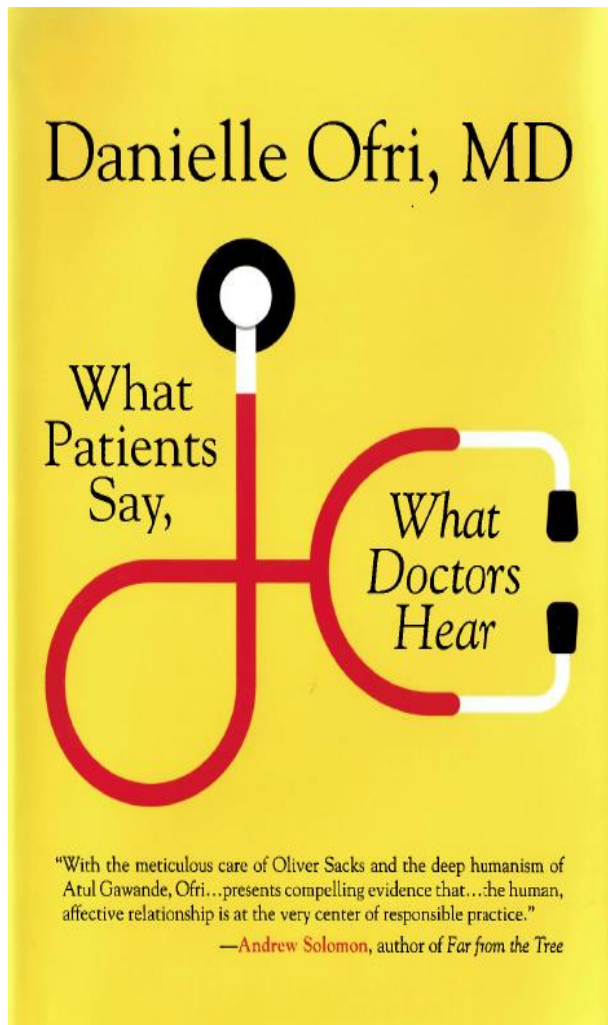
«Dopo 13' finalmente mi guardò per salutarmi. Il tempo totale in cui ebbi la sensazione, durante l'intera visita, che ci fosse stato un contatto visivo tra di noi, fu per meno di 60".

Durante questi 60" mi sono

accorto che lei guardava in effetti nella mia direzione, ma è come se in realtà guardasse oltre me. Da parte mia, ero certo di guardarla negli occhi mi avvilivo di non essere ricambiato. Non avvertivo alcuna emozione, nessuna "connessione", nessuna empatia tra di noi. Sembrava che agisse meccanicamente, nel modo più rapido possibile.

La cosa più importante per lei sembrava che fosse quella di documentare quello che faceva, nella maniera più completa e veloce» (Milton Packer; Cardiologo, 2018)

2. Ascoltare quello che dicono i pazienti: questione anche di umiltà! Domande critiche



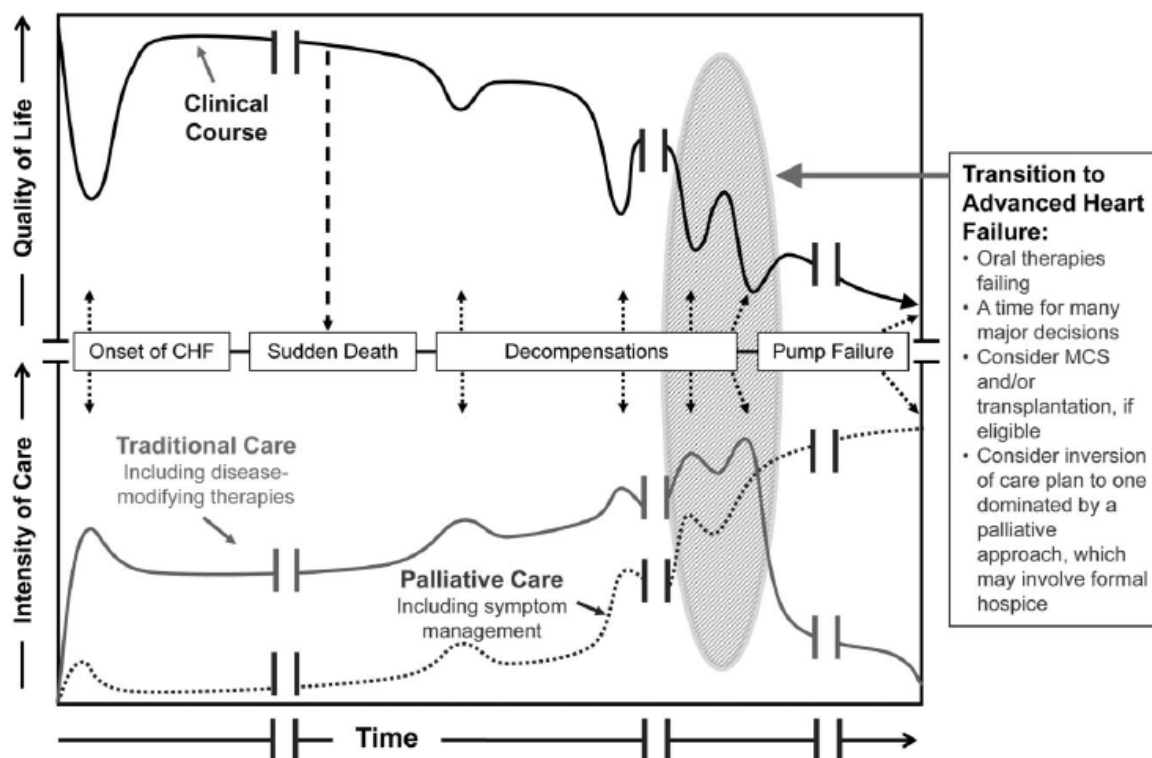
- 1) I medici hanno stabilito un contatto visivo con il paziente?
- 2) hanno permesso al paziente di parlare senza interromperlo?
- 3) si sono presentati?
- 4) hanno riconosciuto le emozioni emerse durante l'incontro?
- 5) hanno sollecitato le opinioni del paziente?
- 6) hanno verificato di essere stati compresi?

Contesti di azione e «narrazione»: kairos vs kronos

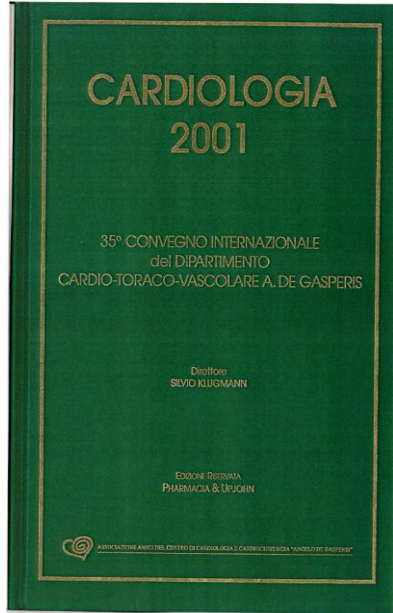
- Prevenzione
 - Elezione
 - Emergenza
 - Urgenza
-
- Ambulatoriale
 - Ricovero
 - Ricovero in Terapia Intensiva
 - Hospice

Decision Making in Advanced Heart Failure : A Scientific Statement From the American Heart Association

Larry A. Allen, Lynne W. Stevenson, Kathleen L. Grady, Nathan E. Goldstein, Daniel D. Matlock, Robert M. Arnold, Nancy R. Cook, G. Michael Felker, Gary S. Francis, Paul J. Hauptman, Edward P. Havranek, Harlan M. Krumholz, Donna Mancini, Barbara Riegel and John A. Spertus



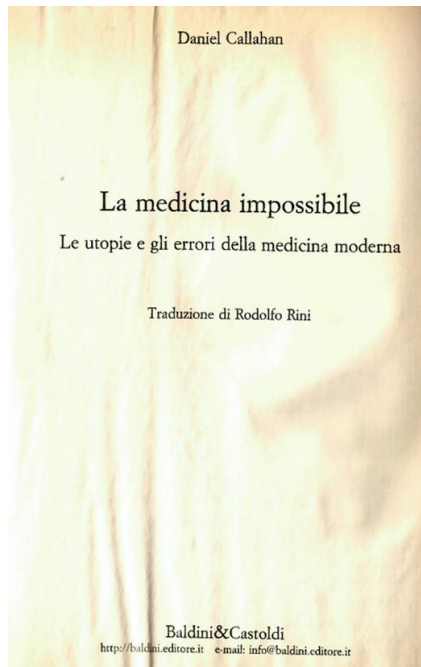
(*Circulation*. 2012;125:1928-1952.)



E' POSSIBILE DEFINIRE UN LIMITE OLTRE IL QUALE L'INTENSIFICAZIONE DELLE CURE COSTITUISCE UN ACCANIMENTO TERAPEUTICO?

Gianfranco Sinagra

Struttura Complessa di Cardiologia, Ospedale Maggiore, Azienda Ospedali Riuniti, Trieste



«...una medicina che affermi che morte e malattia non hanno alcun significato e che devono semplicemente essere eliminati, è una medicina che non offre alla sostenibilità alcuna ragione d'essere comune. La medicina deve trovare una via d'uscita da questo impasse, deve prendere parte alla ricerca del significato, all'elaborazione dei riti sociali e culturali con cui si cerca di far fronte alla malattia e alla morte, alla scoperta del proprio posto nella gerarchia delle istituzioni che si propongono di aiutare le persone a vivere una vita migliore.

La medicina contemporanea riconosce un posto privilegiato alla scienza sia nella metodologia sia nello sforzo di comprendere il corpo e la mente.

Il primato della scienza è fuori discussione.

Essa però ha spinto ai margini le prospettive religiose, i contributi delle scienze umane, la cultura popolare e tradizionale, nonché le scienze psicologiche e sociali impegnate a superare il dualismo di mente e corpo di individui e culture, di infermità e valori sociali».

Le sfide

Spazi per questi temi nella didattica

Impegno per trasferire un metodo, uno stile d'approccio, sensibilità

Malato vs Malattia

Empatia, tenerezza, gentilezza....coinvolgimento mantenendo il giusto distacco che contribuisca alla credibilità dei professionisti e dei team

Famiglia

Team

I temi etici

Medicina simulata

Le distorsioni MA ANCHE le opportunità della tecnologia

Editorial

JCM 200182



The evolving care of the elderly with heart failure: from the “high-tech” to the “high-touch” approach

Giovanni Pulignano^a, Donatella Del Sindaco^b, Andrea Di Lenarda^c and Gianfranco Sinagra^c



Journal of Cardiovascular Medicine 2006, 7:

THM - Obiettivi di una buona pratica clinica nella cura del malato con SCC

- caratterizzare ed interferire con i vari momenti e le varie e specifiche eziologie;
- migliorare lo stato clinico, QoL, l'emodinamica, l'attivazione neurormonale e citochimica e la bioenergetica miocardica (proteomica, metabolomica);
- ridurre le ospedalizzazioni;
- ridurre le varie componenti di mortalità;
- favorire il rimodellamento inverso Vsin e proteggere/migliorare il danno d'organo;
- migliorare l'aderenza e prestare attenzione all'appropriatezza e sostenibilità;
- comprehensive approach, al malato con la sua complessità ed alla malattia

ESSAY

Evidence based medicine: a movement in crisis?

Trisha Greenhalgh and colleagues argue that, although evidence based medicine has had many benefits, it has also had some negative unintended consequences. They offer a preliminary agenda for the movement's renaissance, refocusing on providing useable evidence that can be combined with context and professional expertise so that individual patients get optimal treatment

Trisha Greenhalgh *dean for research impact*¹, Jeremy Howick *senior research fellow*², Neal Maskrey *professor of evidence informed decision making*³, for the Evidence Based Medicine Renaissance Group

¹Barts and the London School of Medicine and Dentistry, London E1 2AB, UK; ²Centre for Evidence-Based Medicine, University of Oxford, Oxford OX2 6NW, UK; ³Keele University, Staffs ST5 5BG, UK

Box 1: Crisis in evidence based medicine?

- The evidence based “quality mark” has been misappropriated by vested interests
- The volume of evidence, especially clinical guidelines, has become unmanageable
- Statistically significant benefits may be marginal in clinical practice
- Inflexible rules and technology driven prompts may produce care that is management driven rather than patient centred
- Evidence based guidelines often map poorly to complex multimorbidity

The impossible interviews—Sherlock Holmes interviews David Sackett: ‘how much can we trust the guidelines?’

Claudio Rapezzi^{1,2*}, Gianfranco Sinagra³, Marco Merlo³, and Roberto Ferrari  ^{1,2}

Table 1 Pros and cons of the clinical guidelines

Six good reasons why we should not follow guidelines

1. They focus on the disease rather than on the patient.
2. Their recommendations are based more often on expert opinions than on solid EBM.
3. They usually refer to studies conducted on relatively young patients with a low comorbidity burden.
4. They deter individual reasoning and suppress the deductive element of diagnostic decision-making in the individual patient.
5. They attenuate scientific curiosity and the motivation for further research by shifting attention from what we (still) don't know to what we know (consolidated evidence).
6. They are the product of a 'lobby' of authors, often with strong links with pharmaceutical or biomedical companies.

Six good reasons why we should use the guidelines

1. They are an exceptional tool summarizing the latest published research.
2. They provide a useful 'checklist' of possible treatments to consider in the individual patient.
3. They explain the general rationale behind each diagnosis.
4. They outline the principles and steps for making diagnostic and therapeutic decisions.
5. They promote a more rational use of economic resources.
6. They provide a convenient line of defense in the event of malpractice charges.

4b. L'esercizio di sapere critico, le linee-guida e le buone pratiche cliniche

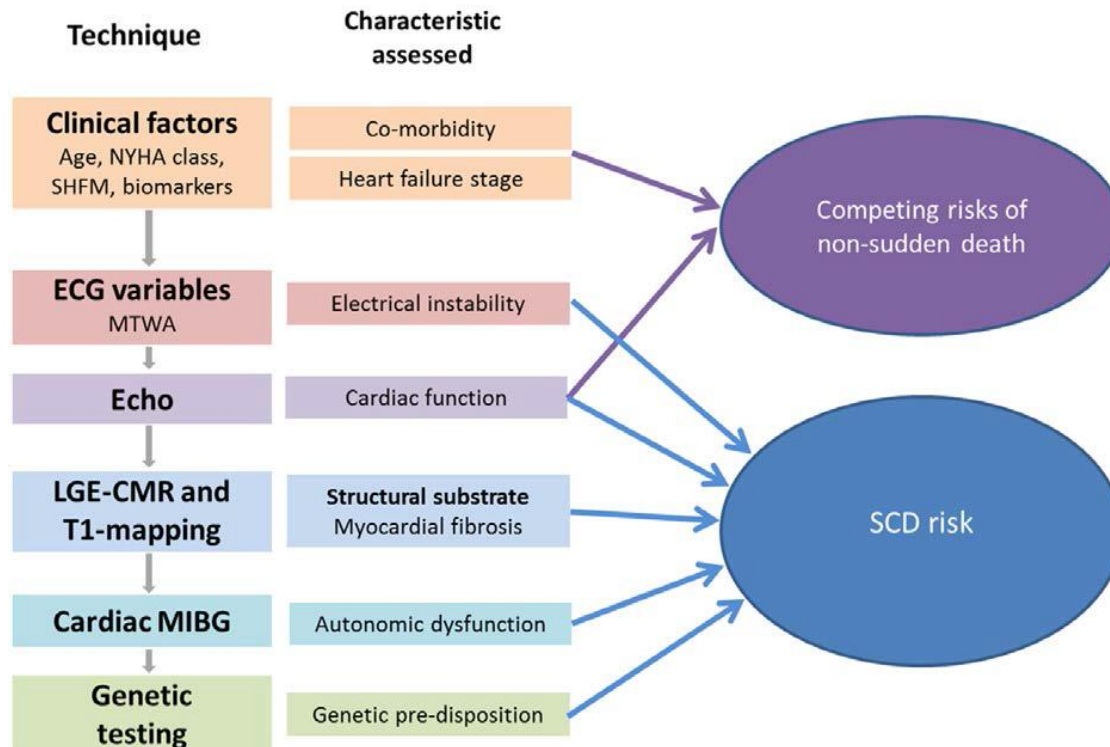
- Acquisire la capacità di interpretazione critica e corretta applicazione e limiti delle Linee Guida e Articoli Scientifici
- Pianificare un progetto di (auto-)formazione continua
- Confrontare le proprie motivazioni e posizioni con i principi che la cura della persona impone
- Apprendere i principi etici coinvolti nel processo decisionale medico con riguardo anche per le direttive per la prosecuzione e il trattamento di sostegno alla vita e gestione del fine vita.

Personalizing Risk Stratification for Sudden Death in Dilated Cardiomyopathy

The Past, Present, and Future

Circulation

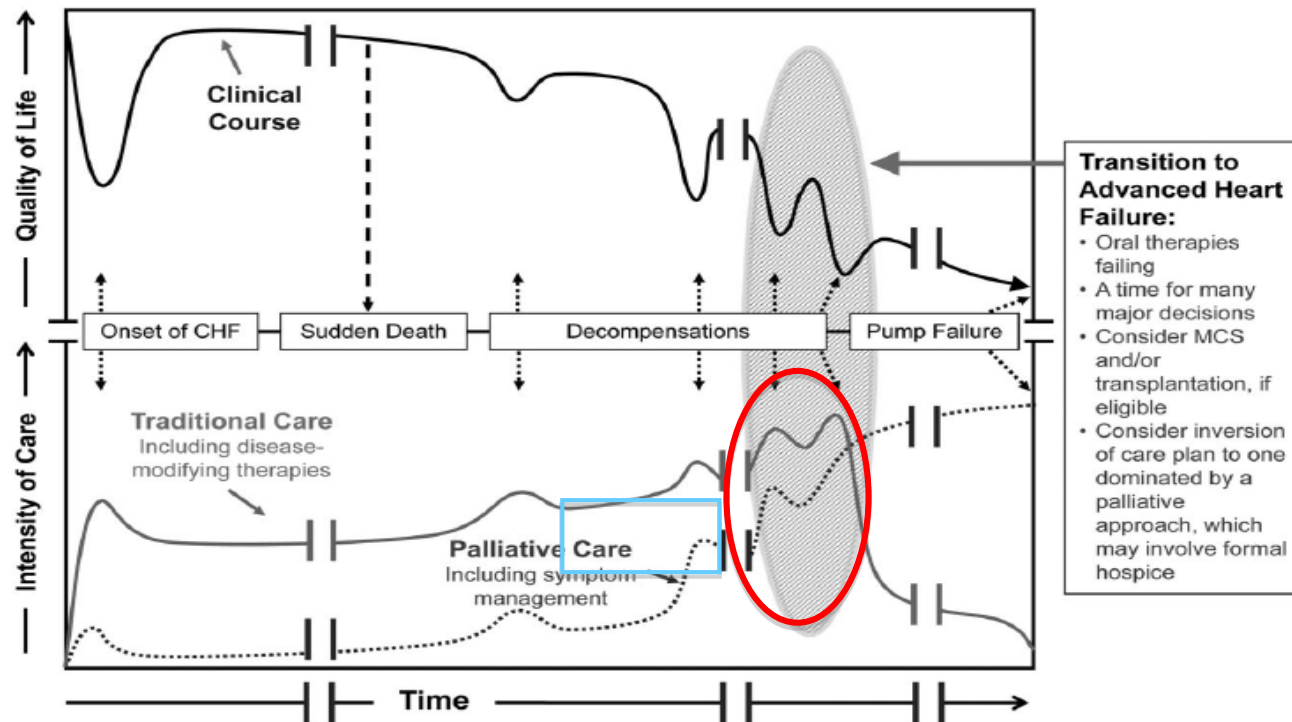
Flowchart of the potential techniques that may be used to improve risk stratification



Halliday, et al. Circulation. 2017;136:215–231

Decision Making in Advanced Heart Failure : A Scientific Statement From the American Heart Association

Larry A. Allen, Lynne W. Stevenson, Kathleen L. Grady, Nathan E. Goldstein, Daniel D. Matlock, Robert M. Arnold, Nancy R. Cook, G. Michael Felker, Gary S. Francis, Paul J. Hauptman, Edward P. Havranek, Harlan M. Krumholz, Donna Mancini, Barbara Riegel and John A. Spertus



(*Circulation*. 2012;125:1928-1952.)

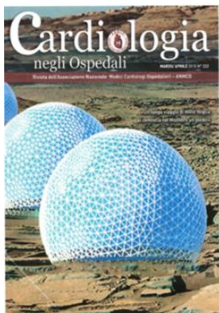
The patient, a man in his 60's, arrived at Cleveland Clinic Foundation hospital in acute discomfort. His defibrillator, a tiny device implanted in his chest to correct abnormal heart rhythms, was going off six times a day or more, with a jolt that felt like a boxer' punch to the chest. The defibrillator was working properly, the man's heart disease was so advanced that his heart rhythms kept going awry.

“Please Doc, I’ve had enough.
It’s time to stop! “

Dr Lauer said: “He knew exactly what that meant”. The doctors turned off the man’s defibrillator. Shortly afterward, he died.

[illegible]

But the Bush administration's policies were not uniformly value-free when it came to the environment. Bush's office resembled an all-star team for Bush administration environmentalists. "I don't think I could have done it without the women with me," Bush's chief of staff, I. Craig Trigg told me. "I didn't think I could do any kind of campaign work with a man. I think that's why I brought the women with me," said Trigg. Bush's chief of staff, I. Craig Trigg, told me that he and his wife, Barbara, were not "convinced" that the environment was "worth fighting for."



I medici che ascoltano adeguatamente le parole dei pazienti:

- solo il 22% instaura un rapporto empatico con gli assistiti;*
- il tempo medio di una visita non supera 9';*
- già dopo 20 secondi il racconto del paziente viene interrotto dalle domande del dottore, che per due terzi del colloquio tiene gli occhi incollati al pc o al proprio smartphone anzichè verso la persona che ha davanti.*

".... specializzazione che spesso frammenta i contesti, la globalità, la complessità. La specializzazione "as-trae" ossia estrae un oggetto dal suo insieme, ne rifiuta i legami e le interconnessioni con l'ambiente, lo inserisce in un settore concettuale astratto che è quello della disciplina compartimentata, in cui le frontiere spezzano arbitrariamente la sistemicità e la multidimensionalità dei fenomeni..."

(Edgar Morin 2003)



Teofilo Patini (1840-1906). Pulsazioni e palpiti