Il Paradosso delle Medicine di Gruppo:

Data 07 aprile 2024
Categoria professione

Caso Clinico: Tutti lavoran bene ma si verificano nuovi tipi di Errore...

Il caso clinico che oggi propongo è stato presentato nel corso di un incontro tra medici di famiglia, alcuni dei quali lavorano in una medicina di gruppo. Dalla discussione libera ed amichevole sono emersi alcuni aspetti critici delle medicine di gruppo sui quali può essere utile riflettere...

Descriviamo i fatti: Mario un paziente settantenne affetto da diabete di tipo 2 in trattamento con antidiabetici orali, iperteso trattato con alfa-litici in quanto affetto anche da ipertrofia prostatica, moderatamente obeso (BMI= 33) chiama la segretaria della medicina di gruppo chiedendo un appuntamento perché ha un fastidioso mal di schiena che si è accentuato negli ultimi giorni: la segretaria consulta la agenda *"Oggi è impossibile, domani venerdì è completo, sabato c'è solo il medico reperibile fino alle 10 per le urgenze, lunedì sono già prenotate 12 persone... lo faccio venire martedì mattina nella tarda mattinata, verso le 12:00; nel frattempo il consiglio come al solito il paracetamolo da un grammo che a volte funziona e non fa mai male...*
Passano i giorni e martedì la segretaria nota con disappunto che il paziente non si è presentato: lo chiama al telefono per ricordargli l'impegno ma non risponde nessuno...

Il paziente si presenterà in studio il lunedì successivo,11 giorni dopo la prima telefonata, pallido, dimagrito affaticato...Racconta che il giorno successivo alla telefonata di prenotazione aveva presentato febbre elevata (39,5) con brivido e grave stato di malessere; aveva consultato il servizio di continuità assistenziale che aveva consigliato telefonicamente paracetamolo e quindi ibuprofene. Ma dato che lo stato di salute peggiorava sempre più fu trasportato dalla moglie in pronto soccorso.La lettera di dimissione ora chiariva tutto: si trattava di una urosepsi con iniziale stato di shock in paziente diabetico e prostatico con calcolosi renale destra in precedenza asintomatica. Il paziente non pretendeva di essere visitato senza prenotazione, lo era già stato molte volte durante il ricovero; chiedeva solo la prescrizione dei farmaci inseriti nella lettera di dimissione e non vedeva l'ora di tornare a casa a riposare e dimenticare cosi questa spiacevole avventura...

Commento: Tutto è bene se finisce bene? Mah! Forse una riflessione dovremmo farla per il bene di tutti pazienti ed anche del personale sanitario. Da un punto di vista puramente formale il medico curante e quello di continuità assistenziale sempre oberati di lavoro e non essendovi segni di urgenza in atto non sono intervenuti(i dati anamnestici tuttavia evidenziavano importanti fattori di rischio...); la segretaria si è attenuta alla prassi consueta, che in quella medicina di gruppo prevedeva per una banale lombalgia paracetamolo ed una visita dopo qualche giorno se persisteva il dolore.
Tuttavia il paziente non ha avuto una risposta tempestiva ai suoi problemi, che si sono aggravati minacciando la sua stessa sopravvivenza. Dunque un problema c'è ed è bene evidenziarlo perché non sempre la fortuna aiuta pazienti e medici.
Il problema è stato approfondito negli studi dedicati all' errore e **questa situazione viene definita un "errore di processo" o "di sistema" dove con il termine "errore" si intende " il fallimento nella pianificazione o nella esecuzione di azioni che comporteranno il mancato raggiungimento dell' obiettivo di salute"(definizione accettata internazionalmente (5)).**
In altre parole i procedimenti e le aree di competenze di quel gruppo di medici con segretarie ed eventuali infermieri non erano programmati per rispondere a quel problema(e verosimilmente ad altri)di urgenza potenziale.
Più precisamente la segretaria si trovava a svolgere una funzione infermieristica: Il Triage,ovvero la valutazione della gravità (attuale o potenziale) dei problemi esposti e delle possibili complicanze ad essi correlati... Il Triage è una funzione molto delicata che paradossalmente andrebbe, se possibile, svolta dal medico più anziano e preparato, ma che di necessità viene svolta da altre figure (il problema non è certo recente: coloro che hanno conosciuto i gloriosi medici condotti ben ricordano che il triage ed anche alcune terapie erano competenza...delle mogli!!!Altri tempi, altri problemi altresoluzioni...)

Il problema degli Errori di Processo investe tutti i sistemi sanitari ed è di enorme rilevanza: ogni medico esperto ricorda storie a volte tragiche di pazienti ricoverati in reparti specialistici e finiti in rianimazioni per l'aggravamento di problemi misconosciuti. Tuttavia, mentre in alcune nazioni (ad esempio nel Regno Unito) con il tempo si è creata attenzione e sensibilità verso tutto il processo di cura, nel nostro amato Bel Paese non è molto diffusa la attenzione alla poliedricità delle mansioni dei vari operatori, alle loro competenze, alle loro complesse interazioni ed ai risultati ottenuti ed ottenibili.
Quando, qualche decennio fa, vennero create le medicine di gruppo, nessun programmatore politico e purtroppo pochi medici si resero conto che esse non sono una semplice somma di professionalità seppure molto qualificate, ma che accanto a grandi potenzialità pongono, nel momento stesso in cui sono create, problemi di interazioni complesse che vanno analizzate, studiate, comprese e gestite e non certo semplicemente e fatalisticamente accettate (o subite...).

Riccardo De Gobbi

Bibliografia
1)Singh,H , Davis Giardina T MA, ; Meyer AND et al.: Types and Origins of Diagnostic Errorin Primary Care Settings.JAMA Intern Med. 2013;173(6):418-425
2) Singh H, Graber ML, Kissam SM, et al. System-related interventions to reduce diagnostic errors: a narrative review.BMJ Qual Saf. 2012;21(2):160-170
3) Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, et al. Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. Ann Intern Med . 2006;145(7):488-496
4) Singh H, Thomas EJ, Khan MM, Petersen LA. Identifying diagnostic errors in primary care using an electronic screening algorithm. Arch Intern Med. 2007;167(3):302-308.
5) Insitute of Health: To Err is Human: building a safer health system . The National Academies Press Washington 2000
6) Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL Jr, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Qual Saf HealthCare. 2002;11(3):233-238
7) Schiff GD, Hasan O, Kim S, Abrams R, Cosby K, Lambert BL, et al.:Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. Arch Intern Med. 2009;169:1881-7.
8) De Gobbi R, Di Marco L, Fassina R. Strategie diagnostiche in Medicina Generale.
Rivista SIMG Società Italiana MedicinaGenerale 2011;6:3-8

Per approfondire la diagnostica clinica:
Collecchia G, De Gobbi R, Fassina R,Ressa G, Renato L Rossi: La Diagnosi Ritrovata Il Pensiero Scientifico Ed. Roma2021
pensiero.it/catalogo/libri/professionisti/la-diagnosi-ritrovata

Per approfondire il problemma dell'errore in medicina:
Guida alla professione medica Autori: Giampaolo Collecchia, Riccardo De Gobbi, Roberto Fassina, Giuseppe Ressa, Renato Luigi Rossi, Daniele Zamperini
ilmiolibro.kataweb.it/libro/medicina-e-salute/666455/guida-alla-professione-di-medico/