

## Un caso di Incident: la gestione di un “mal di stomaco”

a cura di **Damiano Parretti\***, **Giorgio Carlo Monti\*\***  
in collaborazione con **Giulio Corgatelli\*\*\***, **Franco Magliozzo\*\*\***, **Raffaella Michieli\*\*\***, **Marzio Uberti\*\*\***,  
**Maurizio Verducci\*\*\***, **Iacopo Cricelli\*\*\*\***

\* Responsabile Incident Reporting SIMG; \*\* Responsabile Area Management SIMG;

\*\*\* Team analisi Incident Reporting SIMG; \*\*\*\* Responsabile tecnico Incident Reporting SIMG

### Il caso

#### Caratteristiche del paziente che ha subito l'evento

Uomo di 72 anni, insegnante in pensione, vive con la moglie. Non frequenta abitualmente lo studio medico ed è refrattario a controlli clinici, che dovrebbe eseguire periodicamente perché è iperteso. Assume valsartan 160 mg al giorno, che viene richiesto in ripetizione di ricetta dalla moglie.

#### Descrizione del caso

Nel mese di marzo scorso si è presentato in studio, accompagnato (forzatamente) dalla moglie, perché da un mese accusava epigastralgia, pirosi gastrica e una modesta anoressia.

All'anamnesi è emerso che aveva assunto autonomamente Voltfast per circa una settimana per una lombalgia. Il farmaco era stato fornito direttamente dal farmacista, e il paziente non aveva consultato il medico.

Considerando l'assunzione di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) effettuata poco prima, ho prescritto pantoprazolo 40 mg al giorno, dicendo al paziente di farsi rivedere dopo una settimana. Conoscendo poi la scarsa compliance dello stesso, ho incaricato la segretaria di riconvocarlo con una telefonata, se il paziente non si fosse ripresentato spontaneamente entro 10 giorni circa.

La segretaria si è purtroppo dimenticata di riconvocarlo, il paziente non si è ripresentato e io stesso ho rimosso il problema dalla mente.

Nel mese di maggio il paziente si è ripresentato in studio lamentando la persistenza della sintomatologia, dispepsia ingravescente e un dimagrimento di 6 kg.

Ho prescritto una gastroscopia in urgenza che ha evidenziato un k gastrico.

#### Analisi

Errore causa determinante l'evento: errore diagnostico per insufficiente valutazione clinica iniziale e a distanza.

#### Errori concausali:

- mancata programmazione della visita di controllo;

- mancata prescrizione di approfondimenti diagnostici;
- difficoltà di relazione con il paziente.

#### Aree a rischio:

- valutazione clinica della sintomatologia addominale;
- programmazione delle visite di controllo.

#### Azioni preventive consigliate:

- formazione su red-flag per neoplasie dell'apparato digerente;
- formazione del personale e definizione metodi di prevenzione errori nella gestione dei controlli e dei follow-up.

### Il paziente con “mal di stomaco”, sorveglianza e osservazione clinica

L'evento avverso verificatosi in questa segnalazione è la conseguenza di un errore diagnostico che ricorre con una certa frequenza nell'attività professionale.

In particolari condizioni, il medico, non potendo effettuare una diagnosi corretta con certezza, prende tempo riservandosi la possibilità di rivalutare il quadro clinico dopo un breve periodo di osservazione, durante il quale non prescrive alcuna terapia o interviene farmacologicamente sui sintomi. Ciò gli consente di valutare l'evoluzione dei sintomi stessi e quindi di potersi orientare nella diagnosi.

Può accadere purtroppo che la seconda consultazione clinica prevista non abbia luogo (come in questo caso) o si verifichi con colpevole ritardo o sia condotta in modo errato con conseguenze potenzialmente gravi per il paziente.

Nell'affrontare un quadro clinico complesso o non chiaro (pensiamo alla tipica sintomatologia dolorosa addominale) si riscontrano due momenti critici: il primo, durante il quale il medico deve saper porre in diagnosi differenziale tutte le patologie riconducibili alla sintomatologia presentata dal paziente; il secondo, in cui il medico deve decidere sulla base dei sintomi e della loro entità se intervenire con un approfondimento specialistico immediato o prendere tempo in attesa di un'autorisoluzione dei sintomi oppure di una loro evoluzione.

La gestione del tempo di osservazione di un contesto clinico in medicina può essere estremamente utile: rappresenta, se attuato correttamente, un ottimo ausilio diagnostico e non è, come alcuni

possono pensare, sempre espressione di negligenza o incapacità. In ambito sanitario spesso si parla di sorveglianza clinica, periodo osservazionale, vigile attesa ecc.

La sorveglianza clinica (o sorveglianza sindromica) si riferisce alla raccolta sistematica e all'analisi di dati sanitari di una sindrome clinica che ha un impatto significativo sulla salute pubblica. L'interpretazione dei dati raccolti consente di guidare le decisioni riguardanti la politica sanitaria e di educazione sanitaria. Questo concetto, tipico della medicina di salute pubblica, è applicato a comunità o popolazioni ed è distinto dal concetto di sorveglianza attiva che si applica ai singoli individui.

La vigile attesa, il *watchful waiting* anglosassone (o *watch and wait* [WAW]), è un approccio a un problema di un paziente ambulatoriale che permette al medico di prendere tempo prima di un intervento medico-terapeutico. Durante questo periodo, che può durare anche mesi o anni, si possono praticare test o controlli diagnostici. Per osservazione clinica (*medical observation*) si intende un intervento sanitario solitamente praticato in regime di ricovero ospedaliero che comporta un monitoraggio continuo e può avere una durata di ore e giorni. Alcune fonti tendono a equiparare i termini che nella loro accezione generale si equivalgono, differenziandosi se mai per il periodo temporale considerato.

Nella realtà ambulatoriale della medicina generale la vigile attesa o l'osservazione clinica sono utilizzate in situazioni con un'elevata probabilità di auto-risoluzione, in condizioni in cui è grande l'incertezza relativa alla diagnosi e in situazioni in cui i rischi di intervento o terapia possono superare i benefici ottenibili. Sono utilizzate maggiormente nella gestione di molte patologie funzionali come quelle addominali, ad esempio, mentre dovrebbero esserlo di più in altre patologie comuni che si risolvono spontaneamente.

Pensiamo alle infezioni dell'orecchio e delle prime vie aeree, dove la semplice osservazione clinica consentirebbe di ridurre la prescrizione di molti farmaci come gli antibiotici, che risultano essere troppo impiegati nel nostro paese.

Affinché la sorveglianza clinica rappresenti un reale ausilio e non una potenziale negligenza, è indispensabile che vengano rispettate tre condizioni fondamentali:

1. utilizzo di una cartella clinica informatizzata per problemi idonea alla loro gestione temporale;
2. l'adozione di alberi decisionali o di altri protocolli che consentano, se necessario, il passaggio tempestivo da vigile attesa a un'altra forma di intervento sanitario;
3. uso di particolari modalità organizzative, atte a garantire un'efficace e proattiva gestione dei controlli del paziente, delle visite programmate, degli esami da effettuare, delle terapie da assumere.

Solo adottando tali modalità operative è possibile impiegare correttamente le metodologie di osservazione clinica, operando con professionalità nel rispetto della qualità e della sicurezza.

### Come segnalare un errore/evento avverso in modo anonimo nell'Incident Reporting SIMG

Entra nel sito [www.preveniamoilrischio.it](http://www.preveniamoilrischio.it), accedi alla sezione “Modulistica”, clicca su “Tabella per il medico segnalatore”, clicca poi “Completa”. La scheda viene così inviata via rete. L'analisi dell'errore potrà essere rintracciata nella sezione Feedback del sito, attraverso un codice anonimo che riporta la data e l'ora di segnalazione (mm\_gg\_hh).

## L'Università apre alla formazione specialistica dei medici di famiglia

**Un Master in Medicina Generale promosso dal Campus Biomedico di Roma, Centro di Formazione regionale per la Medicina Generale e SIMG**

Prenderà il via a dicembre il primo Master Universitario di II livello in Medicina Generale promosso dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia e dalla Scuola di Formazione Continua dell'Università Campus Biomedico di Roma, oltre che dal Centro di Formazione Regionale per la Medicina Generale. Un “progetto pilota”, al quale collabora la Società Italiana di Medicina Generale, che apre per la prima volta il mondo dell'Università alla formazione dei futuri medici di famiglia, il cui iter formativo si ferma oggi al triennio gestito dalle Regioni con il rilascio del diploma di formazione. Un'anomalia rispetto a buona parte dei paesi europei, dove nelle Università sono previsti Dipartimenti di Medicina Generale in grado di formare medici specializzati a tutti gli effetti.

Il Master organizzato dal Campus Biomedico di Roma, che potrà fare da apripista ad altre analoghe iniziative universitarie, offre invece un ulteriore grado di preparazione a coloro che, dopo l'abilitazione regionale (o dopo molti anni di attività nel campo della Medicina Generale), intendano impegnarsi in responsabilità non solo professionali, ma anche didattiche e gestionali nell'ambito della Medicina Generale, forti di un titolo a valenza universitaria. In particolare gli obiettivi didattici del corso sono quelli di formare medici in grado di:

- sviluppare una visione professionale orientata alla prevenzione della salute attraverso la promozione di corretti stili di vita;
- disporre adeguatamente degli strumenti di diagnosi clinica e strumentale e fornire opportune risposte terapeutiche, anche in termini di costo/efficacia, nelle patologie tipiche della medicina del territorio;
- acquisire approfondita conoscenza delle metodiche diagnostiche e dell'iter terapeutico in aree cliniche specifiche; essere in grado di sviluppare percorsi di integrazione ospedale-territorio;
- leggere lo sviluppo professionale della Medicina Generale alla luce dei nuovi modelli gestionali territoriali e delle innovazioni tecnologiche, in particolare dell'*information technology*, e disporre di elementi di valutazione e di utilizzo degli stessi.

Le richieste di iscrizione al corso dovranno pervenire alla Scuola di Formazione Continua del Campus Biomedico di Roma entro il 4 dicembre 2010. L'inizio delle lezioni è previsto per il 17 dicembre prossimo con frequenze di un fine settimana al mese fino al 2012.