



Osservazioni sui contenuti emersi durante l'incontro di formazione con la metodologia del Paziente Simulato rivolta ai medici della Formazione Specifica svolta nell'auditorium di Villa Serena di Città S. Angelo (PE) il 23 marzo 2018.

Sono state analizzate più in dettaglio solo alcune consultazioni.

A fine documento l'elenco delle risposte alla domanda "oggi ho imparato che" e delle considerazioni finali

Caso clinico	Lavoro d'aula dopo la consultazione simulata	Commenti dei facilitatori/docenti
<p>Carlo Panne e la diarrea nera Breve storia e note cliniche</p> <p>Il signor Carlo Panne ha 58 anni è sempre stato sano. Non assume terapia cronica. Unico disturbo ricorrente è una cefalea che il paziente tratta autonomamente con aspirina. Lavora come manovale in un'impresa edile. Da 6 mesi ospita in casa il figlio e la nuora con due bambini piccoli, di 6 mesi e 2 anni.</p> <p>Da due giorni ha diarrea associata ad astenia che gli impedisce di lavorare. Oggi, infatti, viene a chiedere qualche giorno di malattia.</p>	<p>La voce del paziente Il mio obiettivo era avere un certificato ... non l'ho raggiunto Mi sono un po' preoccupato, forse ho qualcosa di serio</p> <p>Il percorso logico del medico Poteva avere una parassitosi Era preoccupante la diarrea nera ... ma ... A posteriori: potevo rassicurarlo subito che il certificato lo avrei fatto A posteriori: poteva avere un'ulcera sanguinante</p> <p>Osservazioni dell'aula Escludere subito l'eziologia alimentare Non spaventare il paziente subito parlando di ospedale: sospendere ASA, idratarsi bene</p> <p>Chiamare l'ambulanza ... potrebbe andare in shock Chiedere al paziente la pressione abituale Il paziente ha riferito i sintomi patognomoni dell'ulcera gastrica</p> <p><i>In MG la relazione di lunga durata e la conoscenza del paziente impronta la clinica Esiste l'inerzia diagnostica e/o terapeutica</i></p> <p><i>Perché davanti al paziente non ci ricordiamo di tutto quello che abbiamo studiato, anche se ci sta descrivendo un quadro patognomnico?</i></p>	<p><i>Questi commenti isolano aspetti clinici/relazionali/gestionali/comunicativi ed altri che nella consultazione erano non separati e quindi sottoposti alla perturbazione dell'interazione. Costituiscono inoltre il punto di vista dei conduttori/facilitatori</i></p> <p>Aspetti clinici e anamnestici Quando il medico si trova davanti ad un'acuzie sia l'anamnesi che l'esame obiettivo devono essere mirati per approfondire soprattutto i rischi che il paziente sta correndo. Non è scorretto allargare indagini anamnestiche od obiettive ma si deve stare attenti ad una giusta misura, un equilibrio tra "restrizione e dispersione", non scarsità di dati, ma nemmeno <i>pletora</i>. Nel caso specifico risultava prioritaria la valutazione della situazione emodinamica del paziente per verificare se c'era rischio di shock. Come suggerito dall'aula: una volta stabilito che il rischio è presente vanno attuate le misure necessarie per mettere in sicurezza la vita del paziente, anche eventualmente inviando in PS con ambulanza</p> <p>Aspetti relazionali Come sottolinea la dottoressa (a posteriori) è corretto rassicurare subito il paziente che la sua richiesta verrà al più presto soddisfatta. In questo modo si creerà un miglior clima relazionale in cui il paziente, una volta rassicurato che la sua "agenda" verrà rispettata, sarà più attento all'agenda del medico e per il medico la gestione risulterà facilitata dalla collaborazione e compliance del paziente. Ovviamente questa interazione va modulata a seconda dello stile professionale del medico e delle caratteristiche del paziente.</p>

Caso clinico	Lavoro d'aula dopo la consultazione simulata	Commenti dei facilitatori/docenti
<p>La pancia gonfia di Susanna Breve storia e notizie cliniche</p> <p>Susanna ha 59 anni, ha scelto questo medico circa un anno fa quando, si era da poco inserito, ma non ci è mai andata. Non sposata. Fa la cuoca in una mensa scolastica da 7 mesi. Oggi è nella lista di appuntamenti del medico per un problema che la turba da qualche mese.</p>	<p>La voce del paziente Non pensavo che mi ascoltasse così tanto, mi venisse dietro e mi desse addirittura ragione! Mi ha spiegato tutto anche se tendeva a parlare con linguaggio tecnico Devo prendere una pastiglia prima di cena e devo segnarmi gli effetti collaterali Devo fare gli esami Voglio venire a capo di questo problema e quindi faccio quello che mi consiglia</p> <p>Il percorso logico del medico Paziente non molto acculturata con la quale condividere senza imporre la strategia diagnostico terapeutica Ho cercato di capire: - se c'erano altri sintomi - se poteva essere intollerante a glutine o lattosio Verosimilmente un disturbo funzionale Se domperidone non funziona prescriverò un simeticone alla luce degli esami che ho prescritto In realtà avrei voluto cambiare il primo farmaco che avevo proposto, ma poi temevo di perdere la relazione con la paziente</p> <p>Consigli dall'aula Stress? Ha fatto colonscopia? Eco addome per escludere litiasi della colecisti, dieta priva di carboidrati e lattosio Misurare la pressione, chiedere se ha fatto esami recenti, consiglierei diario alimentare. Mi orienterei soprattutto su un diabete Attenzione a quello che dice la paziente: mangia molti carboidrati Non fare subito gli anti endomisio Indagare sulla menopausa Prescrivere il TSH Chiedere se si tratta di stomaco o addome. Ha parenti con intolleranza al lattosio o celiaci? Ricordare che ha effettuato ricerche in internet Approccio opportunistico: verificare se ha aderito allo screening sul sangue occulto delle feci</p>	<p><i>Questi commenti isolano aspetti clinici/relazionali/gestionali/comunicativi ed altri che nella consultazione erano non separati e quindi sottoposti alla perturbazione dell'interazione. Costituiscono inoltre il punto di vista dei facilitatori.</i></p> <p>Aspetti clinici e anamnestici Il medico ha inquadrato il disturbo come funzionale (ipotesi più plausibile), anche se vista l'età della paziente è corretto effettuare un minimo di approfondimenti diagnostici per escludere le principali possibili patologie importanti. Per escludere il morbo celiaco è sufficiente, come prima indagine, eseguire il dosaggio delle IgA antitransglutaminasi (ed eventualmente IgA totali per escludere falsi negativi legati a patologie che portano a riduzioni di IgA totali) come semplificato nella tabella a pag.18 del testo che si trova nell'area riservata "Malattia_celiaca_medicina_generale" (SIMG).</p> <p>Aspetti relazionali Significative le attenzioni alla relazione che il medico ha messo in atto con l'obiettivo di stabilire un primo contatto che si possa trasformare in proficua relazione terapeutica di lunga durata. Ancora una volta si rivelano importanti i primi minuti della consultazione.</p>

Caso clinico	Lavoro d'aula dopo la consultazione simulata	Commenti dei facilitatori/docenti
<p>Laura Spizza: una storia davvero complicata- (preso da situazione reale avvertasi in un contesto di continuità assistenziale)</p> <p>Alle due di notte si presenta la sig.ra Laura con un accompagnatore, dopo essersi annunciata con una telefonata. Nel frattempo il medico consulta i report disponibili e scopre che si tratta di una 'frequent attender' del servizio, paziente seguita dal centro di salute mentale, con anche problemi sociali. Laura ha un problema di prurito diffuso, soprattutto agli arti inferiori e superiori. Questo le capita frequentemente nell'ultimo periodo. La signora è convinta che il problema sia causato dal Tavor che dovrebbe assumere tutte le sere su indicazione del centro di salute mentale e anche del proprio medico, ma che spesso non prende per paura dell'allergia. Ha in programma il giorno dopo un test allergico e una visita dermatologica tra 4 giorni per approfondire questo problema di prurito e arrossamento cutaneo. Se il medico chiede che altri farmaci assume oltre al Tavor – che tende comunque a non assumere – risponde che ha in terapia l'ABILIFY da molti anni (dal 2004). Se non lo chiede lo dice lei dopo pochi minuti.</p>	<p>La voce dei pazienti Serviva una risposta rapida L'importante era risolvere il disturbo</p> <p>Il percorso logico del medico I farmaci per i problemi psichiatrici sono necessari, la sospensione potrebbe essere rischiosa Prescritto anti-istaminico</p> <p>Consigli dall'aula Fare betametasona i.m. Indagare se c'erano comorbidità Imporsi sull'accompagnatore, per avere un po' di silenzio, poter fare l'anamnesi ed essere ascoltati Forse l'accompagnatore può essere una risorsa Correlare l'insorgenza dei sintomi con l'assunzione dei farmaci Diagnosi differenziale tra altre possibili cause di prurito (scabbia?) Anti-istaminico consigliato: bilastina (perché ha poche interferenze con altri farmaci) Siamo nel contesto della GM: concentrarsi sul sintomo senza fare inquadramento diagnostico Somministrare cortisone o anti-istaminico poteva inficiare i risultati del test (del giorno dopo).</p>	<p><i>Questi commenti isolano aspetti clinici/relazionali/gestionali/comunicativi ed altri che nella consultazione erano non separati e quindi sottoposti alla perturbazione dell'interazione. Costituiscono inoltre il punto di vista dei facilitatori/conducenti</i></p> <p>Aspetti clinici e anamnestici Il paziente con disagio psichico grave (e disturbo psichiatrico grave) costituisce una sfida per il medico territoriale, e non solo per lui Nell'area riservata sono presenti articoli/documentazione sulla minor aspettativa di vita del paziente psichiatrico e su alcuni farmaci anti psicotici. In queste situazioni sembrerebbe importante praticare la "politica del minor danno". Ovvero la clinica praticabile, senza ovviamente incorrere in errori importanti. In questa situazione l'uso del cortisone e/o di un anti istaminico – ad esempio – costituiscono una sfida tra efficacia terapeutica, sollievo del paziente, e controllo e diagnosi della terapia nei successivi giorni.</p> <p>Aspetti relazionali Gli aspetti relazionali e di comunicazione in questi contesti sono spesso intrecciati a quelli clinici. Conviene avere un atteggiamento un po' indietro, senza cadere nelle trappole (involontarie) della provocazione. Studiare contesto e risorse (anche umane) disponibili. Ad esempio interessante il consiglio dell'aula di vedere se lo strano accompagnatore poteva essere una risorsa. A volte impostare un percorso (e se possibile seguirlo) di contatto e/o coinvolgimento di altri (medico specialista, assistenti sociali o consulenti), può essere una strategia efficace. Rispetto della persona ed educazione, ma anche fermezza e autorevolezza professionale sono elementi comunque necessari, soprattutto in questi contesti.</p>

Telefonate

Non sono analizzate in questo rapporto le consultazioni telefoniche fatte con pazienti che chiedevano una visita domiciliare per una flogosi delle alte vie aeree.

La simulazione è stata doppia ma analoga: entrambe le richiedenti erano delle signore, ma con situazione culturale sociale e di ambiente diverso (moglie di professore in albergo – anziana che abita da sola in un paese).

Lo scopo principale di queste telefonate era un esercizio di metodologia di approccio e una sensibilizzazione sulla perturbazione a cui è soggetta la clinica da parte di aspetti ambientali e di classe sociale.

Riflessioni metodologiche sulla professione medicina generale

Queste riflessioni sono contenute emersi dall'aula e rielaborati dai conduttori (Sartori – Valcanover).

Sono state preparate prima di prendere visione delle risposte al feedback 'oggi ho imparato che' e si riferiscono specificatamente ad alcune caratteristiche peculiari del fare clinica in medicina generale.

Sono osservazioni specifiche sulla professione medico di medicina generale

- In MG la relazione di lunga durata e la conoscenza del paziente impronta la clinica
- Esiste l'inerzia diagnostica e/o terapeutica (abitudine al paziente che non fa cogliere le novità)
- Perché davanti al paziente non ci ricordiamo di tutto quello che abbiamo studiato, anche se ci sta descrivendo un quadro patognomonico?
- Strategie per impostare una relazione di lunga durata: condividere senza imporre la strategia diagnostico terapeutica
- Attenzione a cambiare idea su una prescrizione nel corso della consultazione: ci si deve agganciare a quello che il paziente dice aumentando molto l'attenzione
- Il conflitto esiste sempre nelle relazioni umane
- il conflitto esiste soprattutto tra medico e paziente in MG
- È importante avere consapevolezza del conflitto
- E' importante apprendere strategie per attenuare/gestire il conflitto
- Ricordarsi del contesto in cui ci si trova a lavorare: la GM deve risolvere i problemi acuti e contingenti senza fare inquadramenti diagnostici complessi

Oggi ho imparato che

Risposte scritte dai discenti a fine lezione, anonime. Le risposte erano su un piccolo foglietto e dovevano essere scritte in pochi minuti. Vengono invitati a rispondere (se vogliono) anche tutti quelli che a vario titolo hanno partecipato alla seduta didattica.

- Dall'altra parte c'è sempre una persona che va ascoltata e contestualizzata. Non siamo macchine, gli algoritmi diagnostici li possiamo lasciare anche a Google
- Tutte le cose che ho studiato negli anni posso metterle a frutto facilmente se capisco il paziente e cosa si aspetta da me
- Ragionare è la prima cosa
- Bisogna ascoltare
- Non si finisce mai di imparare e che quello dei pazienti simulati è un meraviglioso modo per farlo. Grazie
- Va bene riflettere un minuto in più prima di comunicare al paziente qualsiasi decisione terapeutica.

- È importante ascoltare i pazienti ma soprattutto cosa vogliono. Ho imparato che in un paziente psichiatrico non si devono trascurare sintomi e segni riferibili ad altri problemi.
- A volte bisogna mettersi nei panni del paziente per comprendere le sue esigenze
- È un metodo didattico (quello del paziente simulato) interessante e formativo
- Non c'è una via univoca: ognuno di noi fa un ragionamento clinico differente in base alla propria esperienza e non c'è il giusto e lo sbagliato.
- Bisogna accontentare nei limiti del possibile il paziente, per poter poi svolgere il proprio lavoro poi più serenamente e con più perizia.
- Spesso è meglio cavalcare l'onda piuttosto che domarla.
- Devo guardare le cose anche dalla prospettiva del paziente oltre che dalla mia.
- La teoria vale molto meno di quello che ti fan credere, quando hai davanti il paziente. E che la pancia gonfia delle cuoche non è sempre dovuta al cibo che assaggiano.
- Quando ci si trova davanti ad un caso clinico è sempre meglio formulare più di una ipotesi diagnostica, proprio come se ci si trovasse di fronte ad una "platea"! Grazie.
- I libri ti rendono un medico "potenziale", l'esperienza un medico "reale". La simulazione è una scorciatoia per passare da una figura all'altra in maniera efficace.
- Nella pratica medica sono importanti le conoscenze teoriche e pratiche ma ricopre un'importanza fondamentale l'approccio al paziente e il rapporto che si instaura tra medico e paziente.
- Ho avuto consolidato il concetto di quanto sia importante l'esercizio della simulazione.
- Con i pazienti ci vuole tanta, tanta pazienza e bisogna focalizzarsi molto sulla psicologia del paziente, filtrando ciò che ci racconta.
- Per avere un approccio adeguato con il paziente devo raggiungere un equilibrio tra l'assecondarlo e saper mantenere anche una certa autorità per dare dei consigli efficaci e il più possibile comprensibili per il paziente.
- In medicina generale non esiste una risposta giusta immediata, ma bisogna sempre valutare tutte le diverse possibilità.
- È molto più difficile prendere decisioni e riflettere davanti ad un paziente rispetto al rispondere ad un professore durante un orale o davanti ad un libro mentre si ripete.
- Le vie dialettiche sono tante e sempre vitali
- L'approccio col paziente è molto più complesso rispetto a quello sui libri e che ci sono molti fattori di cui tenere conto (interazione fra farmaci, paziente psichiatrico, paziente ansioso ecc.)
- Bisogna prendersi tempo per poter ragionare; ascoltare bene il paziente per trovare le parole chiave per entrare in sintonia con loro ed evitare conflitti; il contatto fisico crea una situazione più distesa.
- La simulazione (il paziente simulato) è fondamentale per l'aggiornamento.
- Oggi ho avuto la conferma che il lavoro del medico è il più difficile del mondo, ma anche il più bello del mondo!
- La medicina è parola, ascolto, interazione
- Bisogna ascoltare maggiormente il paziente, senza pregiudizi: prima l'uomo poi la malattia.
- Il paziente aggressivo vuole solo difendersi. Il conflitto esiste e può essere evitato.
- Ogni medico cerca prima di tutto di fare diagnosi delle cose che conosce e poi, nel caso in cui ha dubbi o non riesce nella diagnosi, cerca aiuto tra i colleghi.
- Gestire un paziente agitato e sofferente per forte sintomatologie richiede una certa fermezza. L'aspetto del tranquillizzare è parte integrante della terapia.

Osservazioni conclusive

Dopo una iniziale attesa e sospensione, le colleghe, i colleghi e gli studenti di medicina presenti hanno partecipato con entusiasmo al modulo didattico, rimanendo incollati alle sedie per diverse ore consecutive.

Questo atteggiamento si è riflesso sugli apprendimenti che sono in parte evidenziabili dal materiale presentato e dalla lista del 'oggi ho imparato che'.

E' interessante notare che i casi erano presentati prettamente nel loro aspetto clinico, anche se ovviamente il simulatore dava un contributo 'umano' personalizzato (e quindi realistico) a sintomi segni e sofferenza.

Questo è stato colto dai partecipanti che hanno fatto molte osservazioni sulla professione e non si sono soffermati in "psicologismi" sugli aspetti relazionali e di contesto, provando sempre a non perdere di vista l'obiettivo principale che era quello di 'curare' il paziente.

Nell'ambito della sessione è stato trovato il tempo e lo spazio per affrontare anche aspetti meramente diagnostici, clinici e farmacologici, rimandando ovviamente l'approfondimento ad altra sede o allo studio di testi e riviste qualificate.

Trento, 04 aprile 2018

Norma Sartori
Fabrizio Valcanover