



CLIPSLAB-IT
 Clinical and Professional Skills Simulation Lab
 Via del Brennero 260/B 38121 Trento IT
www.clipslab.org
info@.clipslab.org
 Responsabili: Fabrizio Valcanover & Norma Sartori
fabrizio.valcanover@yahoo.it - normasartori@tiscali.it

Osservazioni sui contenuti emersi durante l'incontro di formazione con la metodologia del Paziente Simulato rivolta Medici di Medicina Generale svolta nell'auditorium di Villa Serena di Città S. Angelo (PE) il 24 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>90000 bianchi ! Enzo Grimaldo va dal dottore per un'impegnativa</p> <p>Viene per la prima volta. È un nuovo paziente. Ha 62 anni. Ha cambiato casa 4 mesi fa trasferendosi da Velletri, dove ha sempre vissuto a Chieti</p> <p>Oggi viene a chiedere una TAC delle arcate dentarie su indicazione del dentista in previsione di un impianto di 5 denti all'arcata inferiore. Porta anche il risultato di un emocromo effettuato sempre su richiesta del dentista. Mostra l'emocromo perché ha visto dei numeri in neretto e teme di non poter procedere con l'impianto se gli esami non vanno bene.</p> <p>Quando il medico apre la busta con l'emocromo legge che i globuli bianchi sono 90.000</p>	<p>La voce del paziente È andata male ! L'agenda del medico cozza contro la mia agenda che avevo fretta di risolvere il problema dei denti. L'accudimento lo avrei gradito per non sentirmi solo allo sbaraglio</p> <p>Il percorso logico del medico Rifare l'emocromo + infettivologici. Ho rassicurato il paziente. Potrebbe avere qualcosa di grave di ematologico</p> <p>La visita specialistica la chiedo in un secondo momento con gli esami fatti</p> <p>Osservazioni dell'aula Chiedere direttamente visita ematologica con emocromo (urgente) rassicurando il paziente che si fa ciò per accelerare i tempi. Rimandare al dentista e chiedere indicazione scritta per la tac. Approfondire l'anamnesi: sanguinamento gengivale, ecchimosi, epistassi. Approfondire l'esame obiettivo: stazioni linfonodali. Chiedere emocromo precedente. Approfondire l'anamnesi odontoiatrica da inviare come documentazione all'ematologo. Non escludere a priori l'errore di laboratorio</p> <p>Avrei trattenuto di più il paziente cercando di capire la situazione familiare, come ha accusato il colpo, come sta reagendo. Spiegare al paziente le mie scelte di inquadramento per il suo bene. Non aprire subito la busta ma ascoltare il paziente.</p>	<p>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.</p> <p>Aspetti relazionali Il paziente reclama "accudimento". Si sente un po' smarrito perché il suo obiettivo è stato deluso e forse non si è reso conto della possibile gravità della situazione clinica. Questo sottolinea la complessità del lavoro del MMG che deve, oltre che porre estrema attenzione alla sicurezza per la vita del paziente (possibile leucemia), sempre presidiare la soddisfazione del paziente per garantire la compliance (che il paziente segua le indicazioni di approfondimenti diagnostici proposti dal medico).</p>

Caso clinico	Lavoro d'aula dopo la consultazione simulata	Commenti dei facilitatori/docenti
<p>La pancia gonfia di Susanna</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.</p> <p>Non sposata.</p> <p>Fa la cuoca in una mensa scolastica da 7 mesi.</p> <p>Oggi è nella lista di appuntamenti del medico per un problema che la turba da qualche mese.</p>	<p>La voce del paziente</p> <p>Mi sono sentita ottimamente perché: Mi ha spiegato tutto Non mi ha dato farmaci a cuor leggero Mi ha fatto fare esami per escludere che ci sia una malattia Mi fa fare gli esami per la celiachia</p> <p>Il percorso logico del medico</p> <p>Ho cercato di conquistarla Escludere una patologia organica prima di affermare che si tratta di un disturbo funzionale</p> <p>Consigli dall'aula</p> <p>Diario alimentare Più spazio alla narrazione Assume il latte? Approfondita anamnesi alimentare + breath test al lattosio, intolleranza al nichel (prick e pach test) ? Flatulenza o eruttazioni? Richiedere la calprotectina fecale per distinguere il funzionale dall'organico Tiroidei Parassitologico delle feci Analizzare gli stati emotivi e l'eventuale correlazione con il disturbo, richiamando l'attenzione della paziente a ciò Assumere pre e probiotici per eliminare il gas dall'intestino Visita psichiatrica per un disturbo d'ansia</p>	<p>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.</p> <p>Aspetti clinici e anamnestici</p> <p>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>

Caso clinico	Lavoro d'aula dopo la consultazione simulata	Commenti dei facilitatori/docenti
<p>Mintonia ... che tutto rimanga uguale</p> <p>E' una paziente a rischio molto elevato per diabete, ipertensione, colesterolo, soprappeso, età; non vuole assumere altri farmaci perché già prende quelli per il diabete, il colesterolo, il glaucoma, la pressione e per il cuore. Vuole sempre misurare la pressione ed è convinta che 100 più l'età (75) vada bene.</p> <p>SINTESI CARTELLA CLINICA Età: anni 75 Altezza: 1,75 cm. Peso: 90kg</p> <p><u>Patologie in corso e pregresse:</u> - cardiopatia ischemica, - scompenso cardiaco lieve (2° classe), - diabete mellito complicato da <i>retinopatia diabetica</i>, per cui è seguita dall'oculista che tratta anche il <i>glaucoma</i>, <i>neuropatia diabetica sfumata</i>, con parestesie, ipoestesia arti inferiori, dolori artrosici prevalenti al rachide, Insufficienza renale minima</p> <p>creatinina 1,4 azotemia 58 urine con glicosuria, 30 proteine e GR nel sedimento altri esami tutti regolari</p> <p><u>Terapia in atto</u> (la paziente non gradisce i farmaci generici): Triatec 10 x 1 Glibomet 1 x 2 Crestor 10 x 1 Deponit 5 cerotti 8 – 20 Cardioaspirin Xalatan collirio</p> <p>In precedenti consultazioni il medico ha proposto una modifica della terapia, ma la paziente ha sempre rifiutato qualsiasi cambiamento.</p> <p><u>Esami di laboratorio eseguiti 2 mesi fa:</u></p> <p>hb glicata di 8,4 (in aumento: 7,9 2 anni fa, 8,1 e 8,3 l'anno scorso) glicemia 148 colesterolo 198 tot, HDL 45, trigliceridi 212, LDL 110 emocromo normale</p>	<p>La voce del paziente Mi sono sentita molto bene Accetto una piccola aggiunta alla terapia se lo faccio solo in attesa degli accertamenti</p> <p>Il percorso logico del medico Visita cardiologica + ECG Eco cardio Elettroliti, funzionalità renale e proBNP Ecodoppler arti inferiori Aggiunto un diuretico: 1 Lasix al giorno finché non abbiamo tutti gli accertamenti</p> <p>Consigli dall'aula Anche un test da sforzo Togliere la sulfanilurea, valutare se mantenere la metformina. Preso atto che la paziente non vuole tornare al centro antidiabetico: pioglitazone? Glinide? Aggiungere il calcioantagonista? Valutare il filtrato glomerulare Non essere troppo accondiscendente con il paziente! A volte paga di più essere duri e un po' paternalisti ... a costo di perdere il paziente Non eccedere nel proporre cambiamenti in veste di sostituto</p>	<p>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.</p> <p>Aspetti clinici e anamnestici Sempre più in MG ci si trova a gestire situazioni cliniche, specialmente in soggetti anziani, estremamente complesse in cui le linee guida possono solo essere una traccia di massima nelle scelte diagnostico-terapeutiche. Spesso ci si deve accontentare del "male minore" e comunque stilare una priorità di interventi (accertamenti, modifiche terapeutiche ecc) da perseguire con gradualità sfruttando la relazione di lunga durata tipica della MG, che permette di diluire nel tempo gli interventi possibili al momento più opportuno. Un altro problema che si pone nelle cure dell'anziano è la plethora di farmaci che spesso creano interferenze farmacologiche, riducono la compliance. L'attenzione ai farmaci minimi indispensabili è sempre opportuna.</p>

Caso clinico	Lavoro d'aula dopo la consultazione simulata	Commenti dei facilitatori/docenti
<p>Luisa Miller e il labbro leporino</p> <p>Note generali Luisa ha 54 anni, più di 20 anni fa le è stata diagnosticata una psicosi ed è seguita stabilmente dal Servizio di salute mentale. Vive in una residenza protetta e prende antipsicotici clozapina 100, 1 sera (Leponex) e benzodiazepine (Delorazepam 20 gtt sera)</p> <p>CARTELLA CLINICA Sig. Luisa Miller (notizie presenti nella cartella clinica del medico precedente, in carica fino a tre anni fa)</p> <p>Età 54 anni 20 anni fa: diagnosi di psicosi 4 anni fa: menopausa senza particolari problemi</p> <p>TERAPIA: Leponex 100 mg (dal febbraio 2013) 3 volte al giorno EN GOCCE: 20/sera</p>	<p>La voce del paziente</p> <p>Paziente: Il medico non mi ascoltava Avevo paura del sangue</p> <p>Accompagnatore: Il medico ha molto interloquito con me Mi aspettavo che coinvolgesse di più la paziente</p> <p>Il percorso logico del medico Domande per capire la sicurezza "clinica" della paziente e ...mi lasciava un po' perplesso Esami di laboratorio oltre a ripetere subito un emocromo Non ho nemmeno immaginato di visitarla DD tra emorroidi e altre patologie più gravi</p> <p>Consigli dall'aula</p> <p>Oltre agli esami di laboratorio anche colonscopia Cercare il contatto fisico, fare la visita, cercare la relazione con il paziente Avere la consapevolezza che il paziente psichiatrico può creare difficoltà di relazione e gestione Cercare lo psichiatra, chiedere che intervenga per compensare la paziente</p>	<p>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.</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. Ad esempio la colonscopia può essere un obiettivo a lungo termine raggiungibile dopo alcuni incontri che coinvolgano anche altre figure di riferimento della rete dei curanti.</p>

L'approccio olistico in MG

Queste osservazioni costituiscono il punto di vista dei docenti/conduttori di alcuni concetti significativi della professione emersi in maniera non sistematica durante le simulazioni, ma comunque patrimonio della classe dei partecipanti.

Nelle relazioni umane e quindi anche tra medico e paziente ESISTE **conflitto**, in particolare ogni medico ha la propria agenda e ogni paziente ha la propria, queste agende sono in conflitto. È obbligo del professionista averne consapevolezza ed elaborare il conflitto in modo generativo per medico e paziente.

Il **contesto** (paziente di lunga durata, paziente nuovo, paziente di un collega, città o paese, vicinanza-distanza a specialisti o ospedali) **influenza la clinica**, la scelta terapeutica e i percorsi diagnostici
È un nostro dovere professionale valutare ed eventualmente modificare le **prescrizioni dello specialista**
Nei pazienti complessi in medicina generale è necessario stabilire delle **priorità** e stabilire se c'è in corso un'**urgenza** ed affrontarla per prima

Oggi ho imparato che

- Sono il miglior medico di famiglia esistente!
- Che ognuno è la propria esperienza.
- Ci sono più verità oltre alla mia.
- Imparato un nuovo approccio olistico
- Non è mai troppo tardi per imparare e per confrontarci con i colleghi
- Tutte le strade portano a Roma.
- Ascoltare e mettersi in relazione con l'altro
- Devo sempre far capire le mie scelte al paziente che ho davanti e fargliela accettare.
- Il confronto e la collaborazione migliorano la mia professione.
- Voglio motivare quello che disse Rousseau sul modo di educare i figli. Prima avevo molte teorie su come visitare e curare i pazienti, e nessun paziente. Oggi ho tanti pazienti e nessuna teoria... aggiungo: che sia valida per tutti.
- L'attività simulato è molto utile ai fini del brainstorming tra colleghi. Sarebbe stato bello avere questa come modalità di esame durante gli studi universitari.
- Non ho capito la finalità ma il lato teatrale era ottimo.
- Devo avere un approccio olistico nei confronti del paziente preparandomi all'ascolto.
- Bisogna conservare l'umiltà di ascoltare la voglia di impegnarsi e la prudenza nell'agire a prescindere da chi abbiamo di fronte.
- Devo parlare di più con i miei pazienti (tempo permettendo)
- Ritengo che è molto difficile modificare abitudini consolidate nell'approccio al paziente. Comunque co..... positivo
- La relazione è importante; ogni caso può avere più risposte non una sola; la medicina generale non può galleggiare
- Devo avere maggiore sicurezza nella mia pratica clinica perché c'è una enorme variabilità di approcci alle situazioni cliniche.
- Oggi ho migliorato le mie capacità di adattamento e "flessibilità" nei confronti dei pazienti e dei colleghi.
- In medicina non esiste una verità assoluta! Ogni paziente è una storia a sé.
- Il mondo è vario; ogni momento e situazione può generare un approccio diverso per i pazienti sono tutti diversi ed anche i medici.
- In medicina generale la "verità è"... non è una ma solo quella del momento vissuto.
- L'approccio con il paziente è diverso a seconda delle condizioni in cui si verifica l'incontro – rapporto medico-paziente.

Osservazioni conclusive

Il lavoro svolto in aula con medici esperti ha stimolato riflessioni importanti su clinica relazione e altro, ma ci pare che questo non sia la prima indicazione in gruppi composti da MMG di esperienza.

Ci sembra che l'uso più efficace dello strumento Paziente Simulato per medici territoriali di lunga esperienza sia quello della "consulenza al ruolo", in cui il lavoro viene svolto su casi realmente accaduti ai partecipanti. L'aula diventa quindi un gruppo di consulenti che aiuta il collega, che narra il caso e chiede la consulenza, a gestire situazioni complesse (da un punto di vista clinico, relazionale e/o gestionale) in cui si trova in en passe.

Dobbiamo immaginare lo strumento come una metodologia formativa d'aula in cui anziché lavorare in teoria su una narrazione o un caso ideale carta e penna, ci possiamo avvalere della "voce del paziente" direttamente presente in aula e direttamente partecipante al processo.

La metodologia sfrutta il coinvolgimento emotivo e l'elevato livello di interattività per porre al centro *l'apprendimento come cambiamento*.

Questo tipo di apprendimento può incontrare anche esigenze di istituzioni, dipartimenti o specialisti territoriali e non, quando si creano criticità o si devono introdurre novità diagnostiche, terapeutiche o cambiare linee guida.

Infine altre indicazioni per medici di lunga esperienza possono riguardare la formazioni in campi nuovi e paralleli alla pratica professionale quotidiana ad esempio acquisire competenze in campo di tutorship, di docenza o progettazione didattica.

Trento 5 aprile 2018

Norma Sartori

Fabrizio Valcanover