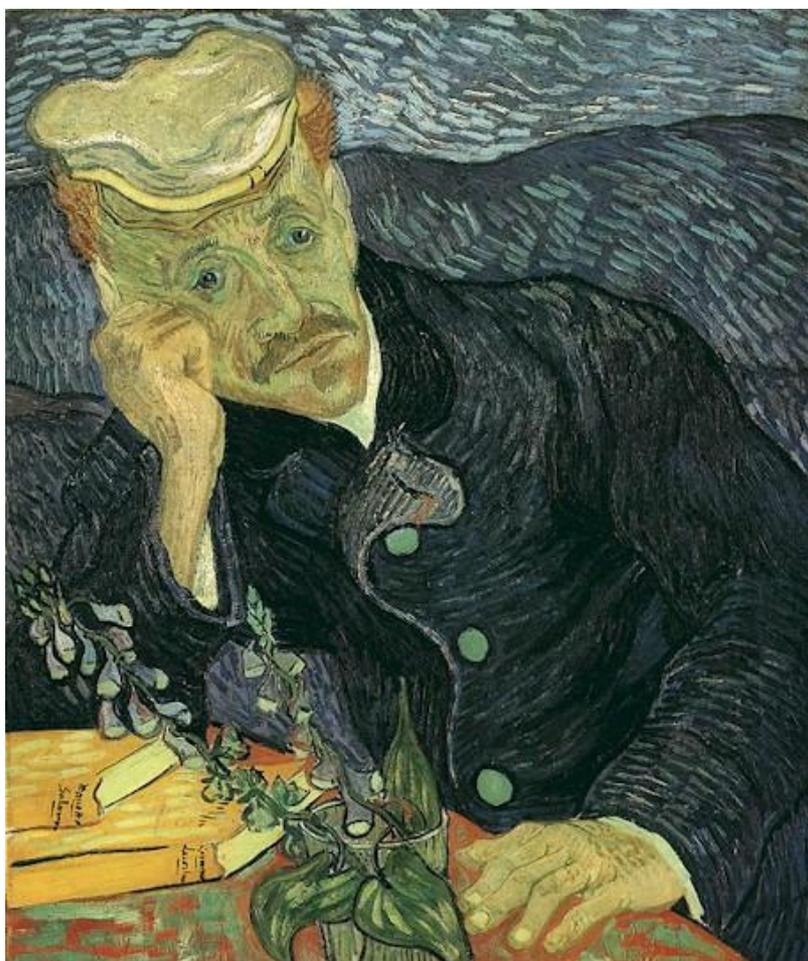


RENATO ROSSI GIUSEPPE RESSA

IL MANUALE DI CLINICA PRATICA



tredicesimo modulo

© 2004 Pillole.org

Edito on line da Pillole.org - © 2004 Pillole.org tutti i diritti riservati – riproduzione vietata

L'AUDIT: OVVERO VERIFICARE PER MIGLIORARE

Parlando della qualità in medicina si è accennato all'audit, parola inglese che significa verifica, revisione. Si tratta di una pratica tipica del mondo anglosassone (tanto che non si sente neppure il bisogno, quando se ne parla, di usare una parola italiana) ed è strano come sia praticamente sconosciuta ai più (a parte una ristretta elite di medici che fa audit in rete come Netaudit). Ancora più strano che i medici non sentano il bisogno di valutare e controllare quello che fanno. Forse perché ritengono di fare già al meglio?

Ma cos'è in definitiva l'audit? E' una metodologia di analisi e revisione dell'attività professionale che ha lo scopo di valutare il proprio operato ed eventualmente migliorarlo. Può essere fatto da gruppi di medici oppure da un singolo medico (self-audit).

Per spiegare in modo comprensibile di cosa stiamo parlando faremo un esempio pratico.

1. Per prima cosa bisogna scegliere un argomento su cui applicare l'audit. Ovviamente gli argomenti sono infiniti, ma conviene scegliere campi di importanza strategica per la medicina generale sia per la prevalenza della patologia che per l'impatto economico che tale patologia comporta. Inoltre la patologia che si desidera sottoporre ad audit deve essere chiaramente diagnosticabile. Per esempio si può fare un audit sui pazienti ipertesi, sui diabetici, sugli infartuati o sullo scompenso cardiaco, sui pazienti anziani sottoposti a vaccinazione antinfluenzale, ecc., tutte condizioni in cui la diagnosi è di solito certa. Se si decide di fare un audit sulla gestione del colon irritabile si capisce subito che le difficoltà iniziano già nella codifica diagnostica.

2. Deciso l'argomento bisogna andare a "spulciare" la letteratura per determinare quello che la comunità scientifica ha stabilito essere buona pratica clinica. Poniamo per esempio di voler fare un audit sui pazienti infartuati. Vi è abbondante dimostrazione che alcuni interventi riducono la mortalità nei pazienti post-infartuati: la somministrazione di antiaggreganti, di betabloccanti, di statine e di acidi grassi n-PUFA. Questi vengono detti in gergo tecnico "criteri".

Conviene scegliere non più di 3-4 criteri con cui poi confrontare la propria pratica. Si devono scegliere criteri forti, cioè criteri che hanno dimostrato di portare ad un evidente beneficio clinico. Altri esempi sono la somministrazione di aceinibitori e betabloccanti nello scompenso cardiaco, il trattamento ottimale della pressione arteriosa nei diabetici, la vaccinazione antinfluenzale negli anziani e nei soggetti a rischio, ecc.

3. Se abbiamo deciso di fare un audit sul post-infarto, il passo successivo è quello di estrarre dal proprio archivio tutti i pazienti che hanno avuto un infarto. Per far questo è utile avere un archivio informatizzato (anche se teoricamente nulla vieta di usare un archivio cartaceo per problemi che però deve essere ben tenuto e costantemente aggiornato). Purtroppo l'estrazione dei pazienti dal proprio archivio è un punto critico perché molti medici usano le cartelle informatizzate unicamente per la ricetta e non hanno l'abitudine di codificare i pazienti per patologia. Questo problema è in parte superabile chiedendo al programma di estrarre i pazienti in base alla terapia. Per esempio posso chiedere al programma di estrarre tutti i pazienti che assumono asa, statine, betabloccanti, acidi grassi omega 3. In tal modo sicuramente avrò anche i pazienti infartuati, insieme però ad altri che assumono quei farmaci per motivi diversi (quindi il lavoro di ricerca sarà più lungo e laborioso).

4. Individuati i pazienti infartuati dobbiamo determinare che percentuale di essi rispetta i criteri contro cui avevamo deciso di confrontarci. Questa percentuale in gergo viene detta "indicatore". Per esempio potremmo trovare che solo il 50% dei nostri infartuati assume statine, il 60% assume

antiaggreganti e il 40% assume betabloccanti.

5. Il passo successivo è quello di analizzare quali sono i motivi che ci impediscono di rispettare le regole di qualità. In altre parole di esaminare quali "barriere" impediscono ai nostri indicatori di avvicinarsi ai criteri. Una volta trovate le barriere si studiano i correttivi. Non è detto che il mancato rispetto di un criterio sia necessariamente espressione di cattiva qualità. Potrebbe essere per esempio (almeno in via teorica) che il 50% dei pazienti a cui non ho dato una statina non la tolleri oppure abbia avuto delle controindicazioni.

6. L'ultimo passo, una volta analizzate le barriere e proposto dei correttivi, è stabilire degli obiettivi di minima. Per esempio stabilisco che, nel giro di un determinato periodo (6-12 mesi, per dire) porterò la percentuale di pazienti che assumono statine all'80%, che assumono antiaggreganti al 90%, che assumono betabloccanti all' 80% (dopo aver escluso ovviamente quelli che non tollerano o che hanno controindicazioni al trattamento). Questi obiettivi che mi propongo sono detti "standard".

7. Il ciclo si chiude con un nuovo audit che mi permetterà di valutare se sono riuscito a raggiungere gli standard che io stesso mi ero proposto.

Da questi brevi cenni credo sia chiaro che l'audit dovrebbe essere considerato una pratica normale per ogni medico (o gruppo di medici) perchè è solo l'autoverifica che permette il miglioramento delle pratiche mediche. L'audit costituisce anche un potente metodo di aggiornamento "sul campo", sicuramente più efficace di tanti inutili corsi ECM.

Nel capitolo che segue viene esemplificato come potrebbe essere uno studio osservazionale e di outcome sul diabete tipo 2. L'esempio non ha la pretesa di esaurire le problematiche legate all'audit nè quelle legate alla gestione del diabete, ma solo di mostrare un modello operativo che potrebbe essere utilizzato per migliorare le performances sanitarie.

Esempio di studio osservazionale e di outcome nella gestione del diabete mellito tipo 2 in Medicina Generale.

Premesse

E' noto che il DM costituisce una condizione patologica caratterizzata da un elevato rischio di complicanze sia microvascolari che macrovascolari e che il controllo del metabolismo glicemico e dei fattori di rischio associati (ipertensione, ipercolesterolemia, ecc.) è in grado di migliorare la prognosi. Tuttavia la gestione del DM nella pratica è verosimilmente non ottimale.

Scopo di questo studio è di verificare, tramite un processo di audit, la qualità della gestione del DM tipo 2 nella Medicina Generale e di migliorarla. Infatti linee guida ed evidenze di letteratura sono poco applicate anche perchè viste come un qualcosa calato dall'alto sulla libertà prescrittiva del medico. Un processo di autovalutazione e di automonitoraggio potrebbe migliorare la qualità dell'assistenza e gli outcomes essendo qualcosa che nasce dagli stessi medici.

Prima fase: identificare i CRITERI

L'esame della letteratura e delle molte linee guida esistenti permette di identificare dei criteri che definiscono l'appropriatezza del management del paziente diabetico.

Affiché lo studio non comporti un eccessivo carico per i medici partecipanti è buona regola scegliere pochi criteri forti. Abbiamo scelto i seguenti:

1° criterio: emoglobina glicata

Esprime il controllo glicemico nei precedenti 3-4 mesi. Dovrebbe essere misurata in ogni paziente circa ogni 4 mesi mentre si considera espressione di buon controllo metabolico un valore inferiore al 7%.

2° criterio: pressione arteriosa

E' nozione conosciuta che nel diabete tipo 2 il controllo ottimale della pressione riduce le complicanze cardiovascolari come e più del controllo metabolico. Secondo le linee guida internazionali nel diabete la pressione dovrebbe essere portata a valori inferiori a 130/80 mmHg mentre i farmaci di prima scelta dovrebbero essere gli aceinibitori (o gli antagonisti dell'angiotensina II o ARB in caso di intolleranza agli aceinibitori).

3° criterio: colesterolemia

Come per la pressione, anche il controllo di valori elevati di colesterolemia è considerato essenziale nella gestione del diabetico. Le linee guida consigliano di ridurre i valori di LDL colesterolo al di sotto della soglia di 100 mg/dL usando, se è il caso, terapia ipocolesterolemizzante (statine).

4° criterio: microalbuminuria

La presenza di microalbuminuria (valori decisionali > 30 mg/die) è considerata un marker precoce di danno renale.

Le linee guida consigliano di determinare periodicamente la microalbuminemia e di usare un aceinibitore (o un ARB) per valori > 30 mg/dL, anche in presenza di pressione ottimale.

5° criterio: esame del fondo oculare

La retinopatia diabetica trae beneficio dal controllo glicemico e dei fattori di rischio ma anche da una sua individuazione precoce che permette di avviare il paziente ad esami di secondo livello (FAG retinica) ed eventualmente al trattamento laser. L'esame del FO dovrebbe essere eseguito ogni 1-2 anni.

6° criterio: aspirina

Data la frequenza elevata con cui i diabetici vanno incontro a complicanze cardiovascolari molte linee guida consigliano la somministrazione di asa a basso dosaggio (75-150 mg/die) in tutti i diabetici o perlomeno in quelli con un altro fattore di rischio associato. Va da sè che se il paziente ha già avuto un evento cardiovascolare l'asa (o un altro antiaggregante in caso di intolleranza) diventa obbligatorio.

Seconda fase: estrazione dei pazienti e determinazione degli INDICATORI

I medici partecipanti allo studio per prima cosa devono estrarre dal loro database elettronico tutti i pazienti con una diagnosi di diabete mellito di tipo 2. I criteri per la diagnosi sono quelli stabiliti dall'American Diabetes Association nel 1997.

L'estrazione può avvenire con due modalità, che tra loro non sono in contrasto:

1. ricercare tutti i pazienti che hanno avuto una diagnosi codificata di diabete

2. ricercare tutti i pazienti che nell'ultimo anno hanno ricevuto almeno una prescrizione di antidiabetico orale e/o insulina.

Si può calcolare che un MMG con 1000 pazienti abbia circa 40-50 pazienti diabetici.

Una volta estratti i pazienti, ogni MMG dovrà controllare il suo comportamento rispetto ai sei criteri scelti. Questo lavoro permette di determinare i cosiddetti indicatori.

1° indicatore:

Qual è la percentuale di pazienti che ha avuto almeno una determinazione della glicemoglobina nell'ultimo anno?

Qual è la percentuale di pazienti con glicemoglobina < 7%

2° indicatore:

Qual è la percentuale di pazienti che ha una PA ottimale (< 130/80 mmHg?).

Si è stabilito di considerare la media della PAS e della PAD delle ultime sei misurazioni registrate in cartella

3° indicatore:

Qual è la percentuale di pazienti che ha un livello di LDL colesterolo < 100 mg/dL?

4° indicatore:

Qual è la percentuale di pazienti a cui è stata determinata la microalbuminuria almeno una volta nell'ultimo anno?

Qual è la percentuale di pazienti con microalbuminuria > 30 mg/die che assume ACE-inibitore o ARB?

5° indicatore:

Qual è la percentuale di pazienti a cui è stato richiesto un esame del FO almeno una volta negli ultimi 2 anni?

6° indicatore:

Qual è la percentuale di pazienti che non ha avuto un evento CV ma con un altro fattore di rischio oltre al diabete che assume un antiaggregante?

Qual è la percentuale di pazienti che ha avuto un evento Cv e che assume un antiaggregante?

Terza fase: elaborazione degli STANDARD

E' risaputo che nella pratica di tutti i giorni risulta molto difficile trasferire completamente le evidenze della letteratura e che per vari motivi (compliance al trattamento, effetti collaterali, presenza di controindicazioni, ecc.) spesso ci si deve accontentare di obiettivi meno rigorosi ma non per questo meno utili.

In considerazione di questo si è deciso di elaborare degli standard più consoni alla pratica della MG, come è spiegato di seguito.

1° standard: glicemoglobina

Si è deciso di considerare accettabile la determinazione di una glicemoglobina almeno una volta ogni 6 mesi.

Si è deciso di considerare accettabili valori di glicemoglobina inferiori a 7,5%.

In caso di mancato raggiungimento di questo obiettivo, oltre ad opportuni consigli circa dieta e attività fisica, si consiglia di passare ad associare sulfanilurea e metformina se il paziente assumeva un solo antidiabetico orale, fino al massimo dosaggio consigliato, e, in caso di mancato controllo, di associare terapia insulinica.

2° standard: pressione

Si è deciso di considerare accettabili valori di pressione (media delle ultime sei determinazioni) inferiori a 140/90 mmHg. In caso di mancato raggiungimento di questo standard si consiglia di aumentare il numero dei farmaci antipertensivi prescritti. I farmaci di prima scelta dovrebbero essere gli aceinibitori (o gli ARB), d associare in caso di necessità a BB, tiazidici, calcioantagonisti, alfabloccanti, altri farmaci.

3° standard: colesterolemia

Si è deciso di considerare accettabili livelli di LDL < 120-130 mg/dL e/o di colesterolemia totale inferiori a 220-230 mmHg/dL. In caso contrario si suggerisce la somministrazione di una statina a dosi tali da raggiungere i valori desiderati.

4° standard: microalbuminuria

Si considera accettabile la misurazione della microalbuminuria almeno una volta all'anno. Nei pazienti con microalbuminuria > 30 mg/die è corretto prescrivere un aceinibitore (o un ARB) anche in presenza di valori pressori normali

5° standard: fondo oculare

Si dovrebbe prescrivere un esame del FO almeno ogni due anni se non vi è retinopatia, più spesso in caso di retinopatia.

6° standard: aspirina

Si dovrebbe prescrivere asa o comunque un antiaggregante in tutti i diabetici che hanno avuto un evento cardiovascolare (infarto, TIA, ictus), che hanno una cardiopatia ischemica o una arteriopatia manifesta agli arti inferiori oppure un altro fattore di rischio associato.

Quarta fase: implementazione degli standard

Una volta determinati gli indicatori e valutato lo scostamento rispetto ai criteri prestabiliti, i MMG applicano a tutti i pazienti con diabete tipo 2 da loro gestiti, le strategie terapeutiche definite con gli standard.

A distanza di 12 mesi una seconda valutazione tramite un nuovo processo di audit servirà a determinare se l'intervento informativo da una parte e autovalutativo dall'altra è stato in grado di migliorare gli outcomes considerati.

Conclusioni

Il presente studio si pone in sostanza due obiettivi:

1. Valutare tramite un processo di audit l'appropriatezza della gestione del paziente con diabete tipo 2 nel contesto della MG (parte osservazionale)
2. Valutare se una strategia semplice di informazione dei MMG partecipanti allo studio sia in grado di modificare i comportamenti dei MMG stessi e di migliorare gli esiti conseguenti sulla base di criteri predefiniti.

LE POLMONITI

Rossi:

Per polmonite si intende un processo infiammatorio del polmone che interessa gli spazi alveolari e/o il tessuto interstiziale.

La vecchia classificazione tra polmoniti e broncopolmoniti non viene più usata.

Si distinguono le polmoniti acquisite in comunità (CAP = Community Acquired Pneumonia) e quelle acquisite in ambiente nosocomiale. La distinzione è giustificata dal fatto che i germi in causa sono di solito differenti. Ci occuperemo qui solo delle CAP.

Ressa:

Quali sono gli agenti eziologici più importanti?

Rossi:

I **germi in causa** variano a seconda delle casistiche e dei pazienti.

In ogni caso possiamo dire che lo **pneumococco** rappresenta ancora l'agente più frequente (attorno al 30-70% dei casi), seguito da **micoplasma pneumoniae** (2-15%), **virus** (5-15%), **Haemophilus influenzae** (8-10%).

Meno frequentemente sono in causa stafilococco aureo, legionella, clamidia, altri batteri gram negativi, anaerobi, pseudomonas aeruginosa.

Ressa:

Parliamo della **diagnosi**.

Rossi:

Premesso che l'esame obiettivo può essere poco sensibile e specifico nell'identificare i soggetti con polmonite, la diagnosi diventa probabile in presenza dei seguenti segni:

1. **febbre elevata**

2. **tosse** più o meno produttiva

3. **segni focali**: rantoli crepitanti, riduzione del murmure vescicolare, ottusità plessica.

In alcuni casi i segni sono più sfumati, l'obiettività può essere non indicativa. Negli anziani una polmonite può esordire con confusione mentale, disorientamento spazio temporale o dispnea.

Ressa:

Gli anziani buggerano sempre.

Rossi:

La **radiografia del torace** conferma la diagnosi ma va tenuto conto che nelle prime 24 ore può mancare il quadro radiologico di addensamento. Per quanto si trovi scritto che le caratteristiche radiologiche orientano verso una diagnosi etiologica in realtà non è quasi mai così.

Ressa:

Aggiungo che in presenza di obiettività senza ombre di dubbio, una negatività della radiografia del torace non esclude la diagnosi.

Mi sono capitati soggetti con semeiotica da libro ai quali goffamente è stata esclusa la diagnosi "perchè la lastra è negativa"; non sono casi frequenti ma esistono.

Rossi:

Gli esami di laboratorio non sono indispensabili per la diagnosi e a mio avviso possono non essere richiesti se non in casi particolari.

La tabella 1 riassume le caratteristiche delle polmoniti più frequenti.

TABELLA 1. Caratteristiche delle polmoniti più frequenti

	Pneumococco	Mycoplasma	Emofilo	Legionella	Stafilococco
Frequenza	elevata	elevata	media	rara	rara
Paziente	tutte le età	giovani	anziani fumatori bambini	adulti	paz. Fragili (lattanti, anziani)
Esordio	Improvviso	Insidioso	Variabile	Improvviso	Improvviso
Clinica	Compromissione generale importante cefalea	Tosse secca	Interessamento seni paranasali e orecchio medio	Disturbi addominali e neurologici	Compromissione generale ascessi pneumoceli
Versamento pleurico	Raro	Raro	Possibile	Frequente	frequente

Ressa:

Ospedalizzare il paziente?

Rossi:

Di fronte ad un paziente con polmonite la prima decisione è se trattare a domicilio o ricoverare. Il Medico di Medicina Generale può adottare uno schema semplificato che si basa solo su rilievi clinici (derivato da quello proposto originariamente da Fine).

Sono **segni di gravità** e quindi devono indurre a considerare il ricovero o comunque un follow-up stretto del paziente:

1. dispnea o frequenza respiratoria > 30/minuto
2. PAD < 60 mmHg o PAS < 90 mmHg
3. temperatura > 39,5°C o < 35°C
4. segni di interessamento extra-polmonare (artrite settica, rigidità nucale da sospetta meningite)
5. confusione mentale
6. età inferiore ai 6 mesi
7. segni di disidratazione o vomito importante con incapacità ad assumere liquidi per os
8. oligo-anuria
9. assenza di adeguata assistenza domiciliare (anziani che vivono soli, ecc.)
10. comorbidità importante (diabete, insufficienza cardiaca, BPCO, neoplasie, alcolismo, immunosoppressione)
11. radiografia del torace sfavorevole: interessamento bilobare o di più lobi, cavità, versamento pleurico importante

Ressa:

Parliamo della **scelta della terapia antimicrobica.**

Rossi:

Sono state pubblicate numerose linee guida che dovrebbero aiutare il medico nella scelta dell'antibiotico. In realtà la questione è oggetto di dibattito.

Siccome la **scelta è empirica** si deve tener conto della probabile etiologia della polmonite.

L'agente più probabile è lo pneumococco; nei fumatori va presa in considerazione una possibile etiologia da emofilo, mentre non vanno mai dimenticati gli atipici.

Ressa:

Soprattutto se “fuori stagione”.

Rossi:

Una scelta iniziale consigliata dalle linee guida è l'**amoxicillina/clavulanico** (ampicillina/sulbactam per via im se la via orale non è praticabile) oppure un **macrolide** (azitromicina o claritromicina) se si sospetta da subito un micoplasma (bambini in età scolare o adolescenti).

Se la scelta è stata il betalattamico e non vi è risposta (sfebbramento entro 48-72 ore) è possibile si tratti di un micoplasma, in questi casi si consiglia di passare al macrolide.

Nei pazienti > 60 anni sono in gioco gli stessi germi con maggior prevalenza di pneumococchi o emofili resistenti oppure stafilococchi o gram negativi: una scelta iniziale può essere quella di partire con un betalattamico associando un macrolide in terza giornata se il paziente non risponde.

Se il paziente ha la coesistenza di patologie internistiche importanti si può optare per un **fluorchinolone** con una buona attività contro lo pneumococco (questa scelta copre anche gli atipici) oppure una cefalosporina iniettiva a cui eventualmente associare un macrolide in terza giornata se non vi è risposta.

Ressa:

Nelle ultime due tipologie di pazienti da te citati mi trovo bene con i nuovi fluorochinoloni e li uso come prima scelta; è una monoterapia più facilmente praticabile in soggetti che abitualmente hanno altri farmaci da assumere per patologie concomitanti.

Rossi:

A questo schema semplificato può fare eccezione la **polmonite dei pazienti anziani ricoverati in residenze protette**, che per certi versi sono assimilabili alle polmoniti contratte in ospedale, in cui prevalgono germi difficili come lo stafilocco aureo meticillino-resistente o lo pseudomonas.

In questi casi si può usare un fluorochinolone associato ad una cefalosporina iniettiva oppure ad un aminoglicosidico.

Ressa:

Quali gli errori piu' comuni nella pratica clinica?

Rossi:

Se non si segue una scelta ragionata di questo tipo prevarrà la prescrizione:

1. in prima battuta di farmaci "potenti" per via iniettiva che danno al medico una falsa sicurezza perchè comunque non esiste l'antibiotico "germicida" buono per tutto (si pensi per esempio alle cefalosporine iniettive che bucano gli atipici)
2. l'uso di associazioni "fantasiose" e irrazionali.

Ressa:

Se il paziente non risponde?

Rossi:

La mancata risposta in tempi ragionevoli (48-72 ore) può indicare che si tratta di una **forma virale**. In questi casi però le condizioni cliniche sono generalmente buone e non destano preoccupazioni.

Ma la mancata risposta può significare anche che vi è una **complicanza in atto** (ascessualizzazione, empiema, sepsi) oppure che si tratta di un **germe difficile** e resistente agli antimicrobici più comuni. Avremo probabilmente di fronte un paziente in non buone condizioni cliniche, appartenente ad una classe a rischio elevato che necessita di un ricovero per un approfondimento diagnostico, un

monitoraggio dell'equilibrio idroelettrolitico e della ossigenazione e una terapia con più antibiotici per via infusiva.

Ressa

Qual è la durata della terapia?

Rossi:

Non esistono criteri assoluti. Nelle forme non complicate la terapia dovrebbe essere protratta per almeno 8-10 giorni. I pazienti più anziani o compromessi possono necessitare di terapie più prolungate. Nelle polmoniti da legionella la terapia dovrebbe durare circa 20 giorni.

Ressa:

Di solito io arrivo almeno a 10 giorni, associando i cortisonici orali nelle forme con componente broncospastica o con tosse molto insistente; 15-20 giorni nei soggetti con comorbilità importante.

Quando richiedere una radiografia del torace di controllo?

Rossi:

Se c'è una rapida risposta clinica può anche non essere necessario richiedere una radiografia di controllo. Se comunque si decide di farlo tener presente che la guarigione clinica non corrisponde a quella radiologica, che è più lenta (lasciar passare almeno 30 giorni).

Ressa:

Concetto fondamentale, ignorato da molti, i quali si accaniscono a far effettuare radiografie e\o addirittura TC toraciche ripetute a breve distanza di tempo.

Rossi:

Un controllo radiologico è invece opportuno se il decorso clinico è stato prolungato o nelle forme più impegnate (per esempio interessamento bilaterale), se vi sono cause predisponenti alla lenta guarigione, se si sospetta una tubercolosi o una micosi, oppure nei pazienti che abbiano avuto precedenti polmoniti. Bisogna ricordare infine che una polmonite può verificarsi in un cancro polmonare che andrà sospettato se il quadro tende a non migliorare oppure se il paziente recidiva.

Bibliografia

- Fine MJ et al. N Engl J Med 1997; 336:243
Malcolm C et al. Arch Intern Med. 2003;163:797
Feldman RB et al. Arch Intern Med. 2003;163:1718
Awasthi S et al. for the ISCAP Study Group. BMJ 2004; 328:791
Cynthia G et al. N Engl J Med 2000; 343:1917
Marrie Tj et al. JAMA 2000; 283:749
Wort Sj et al. BMJ 1998; 316:1690
From The Medical Letter. Treatment Guidelines. Ed. Italiana 2003; 1:69
Marras TK et al. Am J Med 2004;116:385-93

UN CASO PER CRETINETTI: QUEGLI INCAUTI COLLEGHI

La paziente è una ultrasettantenne in trattamento cronico con idantoina per epilessia primaria, nel 1951 ha contratto una TBC polmonare trattata anche con pnx terapeutico, residuo fibrotorace e bronchiectasie; è anche affetta da ernia iatale, diverticolosi colica, lieve insufficienza valvolare aortica, insufficienza venosa agli arti inferiori con piede piatto, due varicoflebiti in passato.

Da anni saltuariamente accusa episodi di febbre persistente o febbre elevata con contemporaneo aumento dell'espettorato. Falchetto ha più volte fatto eseguire la ricerca del BK diretta e su terreno di arricchimento ma è sempre risultata negativa, si è limitato quindi a trattare i singoli episodi con antibiotici, con giovamento, e far effettuare ogni tanto una Rx torace che mostra reliquati stabili.

Questa volta la paziente si presenta perché accusa una tosse secca subcontinua e febbre, Falchetto la visita e rileva più o meno i soliti reperti semeiologici, prescrive beta2 agonisti per spray e una cefalosporina iniettiva.

Dopo pochi giorni, una domenica, la paziente, esausta da una notte insonne per una tosse continua, si reca ad un P.S. dove trova il dottor Cretinetti che le fa eseguire una Rx torace e poi le consiglia di continuare la terapia aggiungendo un corticosteroide per os.

Il giorno dopo si reca da Falchetto spiegando il tutto, egli conferma l'orientamento terapeutico ma, dopo un'apparente breve miglioramento, la paziente riaccusa la stessa sintomatologia, ennesima ricerca del BK che risulta negativa all'esame diretto.

La paziente è esausta, Cretinetti in difficoltà, prende il telefono e chiama l'amico pneumologo, questi la visita, le fa rieseguire una Rx torace che immediatamente fa fare diagnosi, una broncoscopia terapeutica risolve il tutto.

La paziente era stata dal dentista il giorno prima della visita iniziale da Cretinetti, durante una manovra dentaria era successo "qualcosa" e la malcapitata aveva avuto un accesso di tosse prolungato, il collega l'aveva rassicurata.

Il medico del pronto soccorso aveva fatto eseguire una Rx torace che fu giudicata non degna di commenti particolari oltre alle lesioni fibrotiche da reliquati specifici.

Cretinetti non si era peritato di APPROFONDIRE l'anamnesi quando la paziente si era presentata a visita, aveva GIÀ STABILITO che era l'ennesima riacutizzazione; il fatto che alla seconda visita la paziente avesse riferito che era stata eseguita una Rx del torace, considerata non dirimente, lo aveva rassicurato.

Grande fu lo stupore di Cretinetti quando l'amico pneumologo ospedaliero vide alla seconda Rx UN CORPO ESTRANEO RADIOPACO, che fu asportato con infinita pazienza causa "rotolamento" nell'albero bronchiale durante i tentativi di estrazione.

Si trattava di UN PEZZO DI DENTIERA.

Dopo aver detto di Cretinetti che ha OMESSO un caposaldo della diagnostica quale è L'ANAMNESI, esaminiamo gli errori degli altri Cretinetti: il dentista RASSICURA la paziente pur sapendo che un pezzo di materiale era sparito e pur vedendo la stessa tosse ripetutamente; l'altro NON VEDE un corpo radiopaco alla lastra del torace.

UN REGALO DI NATALE PER CRETINETTI

Cretinetti ha alcuni pazienti (molto pochi in verità) che continuano sistematicamente a "saltarlo", ricorrendo abitualmente allo specialista che essi reputano idoneo a seconda della localizzazione topografica del disturbo: se hanno un problema in corrispondenza del cuore, consultano un cardiologo, del torace un pneumologo, dell'addome un gastroenterologo, del cervello un neurologo.

Cretinetti ha tentato di scremarli, strada facendo; all'inizio della professione, invece, era "uso ad ubbidir tacendo", copiava su ricettario pubblico le prescrizioni, salvando, così, le preziose quote capitarie; a 50 anni può permettersi di levarseli di torno. Non tutti, però, hanno ricevuto il garbato invito a cambiare medico e tra questi il più spocchioso è un miliardario 75 enne che vive in 400 mq con piscina pensile, non ha tempo di cercarsi un altro medico della mutua e poi Cretinetti è così comodo con quella collaboratrice solerte e premurosa che ricopia tutto in fretta! Dopo 25 anni di frequentazioni a distanza, Cretinetti viene contattato dalla segretaria convivente tutto fare, prossima erede universale, ex Miss nazionale a riposo: "Dottore, Mummy [vezzeggiativo] ha da tre giorni una febbre strana che va e viene, può venire a casa?". Cretinetti schiuma di rabbia perché sa che nessuno specialista si recherebbe a domicilio, solo per questo motivo "Mummy" ha dovuto ripiegare su di lui. Egli visita il magnate, il quale è portatore di PM impiantato per BAV di terzo grado, assume un ACE inibitore per un'ipertensione arteriosa e 100 mg di ASA per un riferito pregresso accidente vascolare cerebrale. All'esame obiettivo rileva, al torace, una ipofonesi basale dx con rantoli crepitanti, il resto è negativo. Gli viene detto che la temperatura sale a 40 gradi e poi ridiscende a livelli normali, il tutto accompagnato da brividi scuotenti. È un ottobre che sembra estate, tanto che Cretinetti indossa ancora una semplice maglietta a maniche corte (come se la sarà presa questa polmonite? si dice tra sé e sé); interrogato in proposito, il paziente riferisce emissione di urine "scure" con qualche bruciore, sudorazione profusa e breve dispnea notturna quando la temperatura sale. Cretinetti formula una diagnosi di polmonite tra lo scetticismo del paziente e della compagna "Ma se non ho neanche un colpo di tosse!", esclama sbigottito; anche il medico è perplesso e pensa ad una forma atipica, prescrive un fluorchinolonico; il possidente, alla fine, conclude che "probabilmente è stato il vento che ho preso ieri quando mi stavano consegnando la nuova Bentley". Cretinetti si ritira dicendo al paziente di contattarlo dopo tre giorni. Tornando a casa riflette sull'accaduto e rimane perplesso, in attesa di sviluppi. Dopo una settimana si presenta in studio la "tuttofare" con una ricetta di costosa cefalosporina iniettiva da copiare: "Sa dottore, un nostro carissimo amico infettivologo gli ha fatto fare una lastra al torace che è risultata negativa, era una infezione urinaria, infatti!". Cretinetti annaspa, osserva la radiografia con referto di "non immagini con caratteri di attività, strie disventilatorie basali destre, segni di enfisema diffuso" e un esame delle urine con: ps 1035, tracce di proteine ed emoglobina, alcuni cilindri ialini, flora batterica discreta. Il medico ricopia la ricetta e tace, avvilitissimo. Dopo qualche giorno, di sabato, la bellona richiama sul telefonino e si scusa "perché il professore è a un congresso e Mummy ha di nuovo la febbre". Cretinetti si reca a domicilio, trova un reperto obiettivo molto migliorato, i rantoli non li sente più, ma gli pare di apprezzare ancora un'ipofonesi, sebbene molto ridotta in estensione; cerca di spiegare che non tutte le polmoniti, specie se la radiografia è fatta precocemente, si vedono con i raggi X e dice di insistere con la terapia riassociando il chinolonico; il magnate fa un sorriso sardonico e simula una accettazione della diagnosi di Cretinetti. Passa un mese e Cretinetti, munito di borsa al seguito, viene quasi investito da una silenziosissima automobile, alla cui guida nota una procace bionda che lo riconosce e si scusa; dai sedili posteriori vede protendersi una manina con sigaro cubano e sente una voce sibilante "Bongiorno il mio dottore, come va?". Cretinetti prova un irrefrenabile istinto omicida ma dissimula e chiede notizie dell'accaduto, viene rassicurato con un "tutto bene, le urine sono chiare, non mi danno più fastidio, il professore è contento!". Al sentire queste parole il mutualista taglia corto. Dopo 15 gg. si ripete, di sabato, la scenetta "perché ho una

febbricola che, a pensarci bene, non mi è mai passata e di nuovo le urine un pò scure". Cretinetti taglia corto, ordina, risoluto, un esame che il paziente stranamente esegue senza replicare, in seguito alle risultanze del quale ci sono i logici sviluppi del caso.

La diagnosi è stata di adenocarcinoma polmonare, la massa non era stata descritta nella Rx toracica che Cretinetti, per quello che può valere, aveva visionato con i propri occhi e che sembrava muta, MA la clinica era ineludibile. Cretinetti è un talebano dell'approccio classico, e lo ammette, ma quello che lo ha stupito di più è la risposta del radiologo amico (non aveva eseguito lui la radiografia toracica) il quale gli dice che lui NON si meravigliava affatto perché SE SI SENTIVA qualcosa in maniera indiscutibile all'esame obiettivo, doveva pure esserci. Affermazione di maggior valore perché espressa da parte un medico abituato a stare in camera chiusa a vedere radiogrammi e non pazienti "dal vivo". Alla TC la massa appariva di 4 cm non infiltrante la pleura, è stata giudicata chirurgicamente resecabile ed asportata con una lobectomia inferiore dx con exeresi del pacchetto linfonodale tributario che è risultato negativo, classificata in stadio II, non ha richiesto nessun altro trattamento, macroscopicamente era di 6 cm. Curiosa la sequenza di radiografia toracica negativa, illustre infettivologo, schiavo degli esami, che cassa un esame obiettivo da libro di Semeiotica e dirottamento su un esame urinario compatibile con sepsi febbrile e da lui goffamente preso come indizio di sepsi urinaria. Cretinetti ne esce bene, mancano pochi giorni a Natale e per una volta si è concesso un bel regalo diagnostico, di quelli che predilige di più. Non sa però se dire o meno la verità al paziente visto che punta a farlo campare in letizia il più possibile. Per ora gli ha detto che era un ascesso polmonare dovuto ad una polmonite con un germe molto patogeno. In futuro si vedrà.
