

Errori diagnostici nell'assistenza primaria

Singh H, Giardina TB, Meyer A et al

Types and origins of diagnostic errors in primary care settings

JAMA Intern Med 2013; 173: 418-425

Newman-Toker DE, Makary MA

Measuring diagnostic errors in primary care: the first step on a path forward

JAMA Intern Med 2013; 173: 425-426

Negli ultimi anni è stato rilevato un numero sempre maggiore di errori diagnostici nelle cartelle cliniche dei medici americani di assistenza primaria, che hanno destato molta preoccupazione.

Un gruppo di ricercatori statunitensi, partendo da due setting di riferimento (un'associazione di veterani e una struttura privata), ha quindi consultato i database amministrativi di una popolazione complessiva di circa 100.000 persone assistita dall'1 ottobre 2006 al 30 settembre 2007 da 68 medici di medicina generale per verificare la percentuale di errori commessi.

Ai dati studiati sono stati applicati degli algoritmi in grado di identificare percorsi di cura inu-

suali come, ad esempio, ospedalizzazioni non programmate, visite ambulatoriali non previste o visite al Pronto soccorso dopo un periodo di tempo molto breve (14 giorni) dalla visita in ambulatorio, durante la quale era già stata formulata una diagnosi.

Per ogni caso confermato di errore diagnostico sono stati identificati i momenti del percorso assistenziale in cui l'errore si è verificato sulla base di un modello che ha considerato 5 diverse dimensioni: il rapporto iniziale paziente-medico, l'interpretazione dei risultati, il follow-up delle informazioni, le branche specialistiche coinvolte e il rapporto medico-paziente ex post. Sono stati analizzati 190 errori diagnostici effettivamente documentati. La tabella riassume le caratteristiche dei pazienti e dei medici: l'età media è leggermente inferiore nel gruppo di pazienti in cui non sono stati rilevati errori diagnostici e la presenza di errori non risulta associata significativamente né al tipo di medico né al centro di riferimento.

Sono state rilevate 68 diagnosi univoche mancate che hanno riguardato, combinando i dati dei due centri, casi di pneumonia, arresto cardiaco congestizio, insufficienza renale acuta, cancro e infezioni del tratto urinario. Nella maggior parte dei casi (85%) un medico diverso aveva preso in carico il paziente durante la visi-

NUMERO DI VISITE CON E SENZA ERRORI DIAGNOSTICI IN RAPPORTO ALLE CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI E DEI MEDICI

Caratteristiche	Setting A		P	Setting B		P
	Con errori (n = 129)	Senza errori (n = 1040)		Con errori (n = 61)	Senza errori (n = 537)	
Etnia paziente, N (%)						
Asiatico	2 (1,6)	14 (1,4)		0 (0,0)	4 (0,7)	
Nero	49 (38,0)	408 (39,2)		4 (6,6)	57 (10,6)	
Ispanico	0 (0,0)	2 (0,2)	0,24	12 (19,7)	49 (9,1)	0,05
Bianco	71 (55,0)	594 (57,1)		35 (55,4)	289 (53,8)	
Sconosciuta	7 (5,4)	22 (2,1)		9 (14,8)	131 (24,4)	
Sesso paziente, N (%)						
Femmina	4 (3,1)	43 (4,1)		30 (49,2)	312 (58,1)	
Maschio	125 (96,9)	997 (95,9)	0,56	28 (45,9)	222 (41,3)	0,33
Età paziente, media (DS)	66,5 (13,0)	62,7 (13,5)	0,002	53,8 (19,2)	45,6 (19,5)	0,003
Tipo di medico						
Medico curante	45 (34,9)	443 (42,6)		54 (88,5)	428 (79,7)	
Tirocinante	17 (13,2)	113 (10,9)		3 (4,9)	14 (2,6)	
Infermiere	21 (16,3)	155 (14,9)	0,40	1 (1,6)	6 (1,1)	0,08
Assistente	46 (35,7)	329 (31,6)		3 (4,9)	76 (14,2)	

ta successiva; in più della metà dei casi (51%) l'errore è stato scoperto in seguito alla mancanza del sintomo originario riconducibile alla diagnosi effettuata. Solo in rari casi è stato possibile ricondurre l'errore al follow-up dei pazienti. Per quanto riguarda il momento in cui l'errore si è verificato, il 79% dei casi mostra che è avvenuto nella fase iniziale del rapporto medico-paziente, prevalentemente per problemi legati alla storia medica del paziente o per la richiesta aggiuntiva di ulteriori test. Seguono gli altri momenti: il rapporto successivo medico-paziente (19,5%) e il follow-up (14,7%). Complessivamente il 43,7% degli errori si è verificato in più di una di queste fasi. La maggior parte degli errori è stata associata ad un livello di danno da grave a moderato.

Gli errori diagnostici identificati dagli autori riguardano un'ampia varietà di patologie comuni e presentano un danno potenziale piuttosto rilevante. Pertanto interventi preventivi sono auspicabili soprattutto su quei fattori che regolano i rapporti medico-paziente nella fase iniziale. David Newman-Tocker e Martin Makary, della Johns Hopkins University, commentando la ricerca di Singh e dei suoi collaboratori, sottolineano l'importanza di registrare sempre tutti i sintomi: "questa singola operazione, se eseguita costantemente, trasformerebbe radicalmente la nostra capacità di monitorare e ridurre gli errori diagnostici", senza dimenticare che anche avere più tempo a disposizione per le visite aiuterebbe a evitare errori.

Letizia Orzella

Stress mentale: un fattore da non trascurare nella cardiopatia ischemica

Jiang W, Samad Z, Boyle S et al

Prevalence and clinical characteristics of mental stress-induced myocardial ischemia in patients with coronary heart disease

J Am Coll Cardiol 2013; 61: 714-722

Nella cardiopatia ischemica, caratterizzata principalmente da alterazioni del calibro dei vasi coronarici per processi aterosclerotici, la più frequente causa scatenante l'attacco anginoso è rappresentata dall'esercizio fisico; anche per questa ragione gli esami diagnostici non invasivi di primo livello per lo studio di questa patologia sono i cosiddetti stress test (ECG da sforzo, ecocardiogramma da sforzo, scintigrafia miocardica perfusionale da sforzo), che utilizzano lo sforzo fisico come fattore provocativo dell'ischemia miocardica.

Esistono comunque nella pratica quotidiana altri fattori scatenanti di ischemia cardiaca, come una brusca esposizione al freddo, un pasto abbondante, uno stress emotivo, un'intensa sensazione dolorosa. Non sembra però da sottovalutare il ruolo che lo stress mentale, rappresentato da un improvviso e intenso sforzo intellettuale, può giocare nei meccanismi di provocazione dell'ischemia.

Uno studio condotto presso il centro medico della Duke University di Durham, North Carolina (USA), ha sottoposto un gruppo di pazienti con cardiopatia ischemica cronica a tre prove di stress mentale e un esercizio fisico al tappeto rotante. Ha quindi valutato, con elettrocardiogramma, le anomalie della ripolarizzazione ventricolare e con ecocardiogramma le alterazioni della contrattilità regionale segmentaria e globale. I test di stress mentale erano rappresentati da un calcolo aritmetico, un 'mirror trace' (test visivo-motorio che comporta una particolare abilità di coordinazione tra occhi e mani) e un 'anger recall public speech' (nuovo test di tipo comportamentale basato sul ricordare e raccontare un recente episodio che ha provocato rabbia).

Nel campione di pazienti sottoposti allo studio, l'ischemia indotta da stress mentale è stata più frequente e si è verificata nel 43% dei soggetti, mentre quella da esercizio fisico nel 33% dei soggetti. Dallo studio è risultato inoltre che l'ischemia indotta da stress mentale era più frequente, per quanto riguarda il sesso maschile, negli uomini non sposati rispetto a quelli sposati o che vivono con qualcuno, mentre nel sesso femminile nelle donne non sposate, e più in generale nelle persone che vivono da sole rispetto a quelle che convivono.

Questi risultati, se confermati da ulteriori studi, potrebbero avere delle importanti ripercussioni anche nella terapia della cardiopatia ischemica stabile, comportando una maggiore attenzione verso situazioni di particolare stress non soltanto di tipo fisico ma anche mentale. ■ CA