L’ERRORE in MEDICINA_Terza parte: Le EMOZIONI come FONTE di ERRORE

Data 25 novembre 2018
Categoria psichiatria_psicologia

” Ci sono passioni nella ragione e ragioni nella passione…” D.Hume

Le emozioni sono il nucleo originario della medicina e ne costituiscono perennemente il fondamento nascosto.. la medicina infatti nasce in tutte le civiltà dal sentimento della compassione verso chi soffre, progredisce grazie all'amore verso gli altri ed all'orgoglio di poter guarire, e si diffonde nel gruppo sociale tramite la gratitudine espressa dai pazienti.
Vi è chi ritiene che le emozioni siano un retaggio della medicina prescientifica e della cultura romantica, ma illustri nel scienziati hanno invece dimostrato che le emozioni continuano ad essere la base di ogni nostro agire, compresa la ricerca scientifica e la pratica professionale: secondo questi ricercatori chi nega questo dato di fatto semplicemente evita di confrontarsi con le proprie emozioni(14,15). Le neuroscienze e la psicologia cognitiva hanno dimostrato che lo stato emotivo del medico può divenire una importante fonte di errori e ci hanno fornito utili indicazioni per individuare i fattori emozionali che possono favorire l’errore, riducendone così la frequenza e le conseguenze negative.

Il primo è più importante fattore in gioco è la struttura caratteriale del medico, con le sue vulnerabilità e le sue difese,con le sue simpatie e le sue avversioni verso alcuni tipi di persone : una conoscenza di questi importantissimi fattori è ottenibile solo se il medico si sottopone ad un periodo adeguato di formazione personale con professionisti esperti. Tuttavia anche il semplice fatto di essere consapevoli delle proprie emozioni riduce le fantasie di onnipotenza del medico migliora le sue capacità relazionali e quindi riduce le probabilità di errore.
Fatta questa importante premessa è tuttavia molto utile ricordare che **tanto le emozioni positive che quelle negative possono influenzare il percorso diagnostico ed indurre in errore e curiosamente possono, per differenti motivazioni, indurre nel medesimo tipo di errore** .
La Simpatia e/o l'Affetto per il paziente possono infatti indurre il medico a trascurare le ipotesi peggiori perché vorrebbe proteggere quel paziente da uno o più problemi seri, oppure possono indurlo ad un accanimento diagnostico per offrire al paziente tutto ciò che si può offrire.
Così la Antipatia od il Fastidio verso un paziente possono portare ad un ingiustificato accanimento diagnostico o suggerire superficiali rassicurazioni che hanno lo scopo di liberarsi quanto prima da quel fastidioso paziente.
Dunque non è tanto importante dominare o reprimere i nostri sentimenti quanto piuttosto riconoscerli e chiederci sempre se e quanto influiscano nella nostra obiettività di giudizio.
Ecco l'elenco dei principali fattori che possono suscitare emozioni negative nel medico inducendolo in vari tipi di bias (16):le relazioni familiari ed affettive del medico,il suo tono dell'umore in quel periodo, le relazioni con le equipe lavorativa ed in particolare con le figure gerarchiche superiori od inferiori,l'atteggiamento del paziente ed il “controtransfert del medico” nei confronti del paziente,la stanchezza fisica e psicologica del medico.
Particolare attenzione, come ci insegna la psicologia psicodinamica, va dedicata al “controtransfert del medico” ovvero alle emozioni (positive, negative od ambivalenti) che i pazienti evocano nel medico con il proprio carico emozionale.
Dal punto di vista operativo la psicologia cognitiva ci aiuta ad individuare i fattori razionali e quella psicodinamica quelli emozionali che influiscono nel nostro operato professionale.
Conoscendo questi fattori possiamo individuali abbastanza facilmente.
Il passo successivo sarà quello di raccoglierci qualche minuto in noi stessi, distanziandoci dal contesto e prendendo in esame le nostre emozioni con quell'atteggiamento di sereno distacco così efficacemente descritto nello Zen, nel Tao ed in altre filosofie orientali:sarà così possibile comprendere le nostre emozioni e forse utlizzarle, anzichè esserne travolti.

Dulcis in fundo,ricordiamo il dolente ma pervasivo aspetto medico legale dell’errore ed in particolare, come molto correttamente osserva Daniele Zamperini in una “pillola” di alcuni anni or sono cui rinvio, “... **la incongrua associazione automatica errore-colpa e piu’ ancora violazione-colpa:riscontrare un danno e poi riscontrare un errore del medico fa scattare (ingiustamente) in modo automatico la connessione tra i due fatti, anche nei casi in cui l’ errore medico sarebbe indipendente dal danno.**
E’, come la chiamano altri, la “cultura del capro espiatorio”, ove la ricerca di un colpevole e’ primaria rispetto ad un rigoroso accertamente dei fatti…”
www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5614

[b]Caso Clinico: Esempio di Approccio Sistemico e Cognitivo[/b]

Un articolo di Clinical Medicine (17) esamina un caso clinico abbastanza comune, gestito da diverse figure professionali, ove si possono individuare ed analizzare diversi tipi di errore compiuti a vari livelli.
Una donna di 78 anni, diabetica, affetta da cardiopatia ischemica fibrillante, ipotiroidea in trattamento, operata in passato per nefrolitiasi, lamenta pollachiuria disuria e stipsi e viene trattata dal medico di famiglia con cotrimoxazolo.Quattro giorni dopo l’inizio della terapia insorge dolore ai quadranti inferiori dell’addome per il quale viene ricoverata in ambiente chirurgico:non è presente febbre, si rilevava modesta tensione addominale. Gli esami evidenziavano 20330 Globuli bianchi (85%neutrofili), Emoglobina=11.8 Creatinina=224 umol/L Urine=tracce di sangue e proteine, non leucociti. [b]Viene posta diagnosi di infezione

urinaria con insufficienza renale[/b] e la paziente è trasferita in medicina,ove il medico di guardia conferma la diagnosi e prescrive amoxicillina+clavulanico; in seconda giornata perviene la urinocoltura che è negativa. Il programma diagnostico-terapeutico non subisce modifiche se si eccettua la richiesta di una Tac addome, che il radiologo rifiuta di effettuare data la presenza di insufficienza renale, anche se dopo adeguata idratazione la funzionalità renale era considerevolmente migliorata.In quarta giornata una infermiera registra un calo pressorio (105/80: pressione precedente=155/100) ma non allerta il medico.Uno specializzando anziano visita la paziente ma non modifica l'iter diagnostico-terapeutico. Nel pomeriggio insorge uno stato collassiale: una Rx diretta addominale evidenzia gas libero in addome.La paziente muore nell'arco di poche ore.[b] L'esame autoptico evidenza una perforazione di un diverticolo colico nella pelvi.[/b]

[b]Esame del caso clinico con la Metodica di Sistema[/b]
In ottica di sistema possiamo subito evidenziare un [b]grave problema di comunicazione efficacie e di continuità nel percorso diagnostico-terapeutico[/b]: non è infatti accettabile in un sistema efficiente che una prima diagnosi, per forza di cose approssimativa, venga acriticamente confermata negli stadi successivi, anche di fronte al peggioramento della paziente
L'analisi sistemica del caso suggerisce quindi la [b]immediata introduzione di procedure di controllo sulla accuratezza del processo diagnostico, sulla completezza della trasmissione di informazioni nei vari stadi del percorso assistenziale, nonché in particolare la introduzione di procedure di "allerta" , con immediata revisione critica di tutto il percorso diagnostico-terapeutico[/b]
L'analisi sistemica del caso rinvia inoltre ad una [b]valutazione delle carenze, negligenze, imperizia, errori di procedura da parte di tutti gli operatori coinvolti [/b]

[b]Esame del Caso Clinico con gli strumenti della Psicologia Cognitiva[/b]
Nel caso in esame si possono individuare alcuni errori cognitivi caratteristici.
Il primo medico che visitò la paziente adottò la [b]"Euristica della Disponibilità"[/b] : la paziente presentava pollachiuria e disuria quindi la diagnosi era "infezione urinaria".
Il medico del reparto cui fu trasferita la paziente fu influenzato dall' [b]"Effetto di Cornice"[/b] e rimase [b]"Ancorato"[/b] alla prima ipotesi anche quando pervenne il risultato negativo della urino coltura.
Il radiologo rifiutò di effettuare la Tac manifestando uno stile di [b]"Pensiero Verticale" [/b]rigido e ripetitivo (contrasta con il "Pensiero Laterale" flessibile e creativo): il radiologo avrebbe dovuto quanto meno porsi la domanda: cosa posso consigliare in sostituzione alla Tac??
I medici del reparto manifestarono una sorprendente [b]"Tendenza alla Inerzia" in base al principio della "non-maleficienza"[/b].
L'ultimo medico che visitò la paziente che iniziava a presentare una moderata ipotensione incorse in alcuni errori già citati (cornice, ancoraggio, pensiero verticale) ma soprattutto, in presenza di un dato nuovo, nella [b]"Incapacità di estrarre i dati significativi"[/b] e di rielaborarli costruendo una ipotesi alternativa.(14,15)

CONCLUSIONI

La immagine del medico freddo scienziato, in grado di valutare con il massimo rigore logico i sintomi ed i segni del malato che ha di fronte, pervenendo ad una diagnosi logicamente ineccepibile è ormai solo un mito positivista che nuoce tanto al malato che al medico.

La medicina ippocratica considerava l'errore (fallacia) come un indesiderato ma inevitabile compagno del ragionamento diagnostico.
Augusto Murri, all'inizio del secolo scorso ricordava che " Errare sì, è una parola che spaventa il pubblico… Eppure, o avventurarsi al pericolo di un errore, o rinunciare ai benefizi del sapere. Non c'è altra strada. L'uomo che non erra, non c'è. …. nella clinica come nella vita bisogna dunque avere un preconcetto, uno solo, ma inalienabile — il preconcetto che tutto ciò che si afferma e che par vero può essere falso." (18,19)
Più recentemente Mario Austoni affermava che il travolgente sviluppo della tecnologia si accompagna specularmente ad una preoccupante decadenza delle capacità critiche del medico: la medicina può anche essere un arte,ma è fondata sulla valutazione critica delle conoscenze scientifiche"(20)
Abbiamo tuttavia dovuto attendere la fine del XX° secolo, duemilaquattrocento anni dopo Ippocrate, perché nel Regno Unito e negli Stati Uniti si affrontasse il gravoso ed eterno problema degli errori in medicina con un metodo scientifico riproducibile e verificabile.
L'inizio del nuovo millennio dovrebbe trovare tutti i medici consapevoli della svolta culturale che ci è resa possibile dalle nuove metodiche di prevenzione ed individuazione dell'errore.
Grazie ai progressi della metodologia di analisi e gestione dei sistemi complessi e grazie alle acquisizioni della psicologia cognitiva, anche il nostro quotidiano rapporto con l'errore, scomodo ed inopportuno compagno di cammino, potrà finalmente passare dalla utopia alla scienza.

Riccardo De Gobbi

Ringrazio i miei Maestri che non ci sono più: Mario Austoni, Massimo Aloisi, Piero Leonardi ed Angelo Dazzi...

BibliografiaMinima

1) Makary M, Daniel M: Medical error—the third leading cause of death in the US
BMJ 2016;353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139
2) www.healthknowledge.org.uk
3) Insitute of Health: To Err is Human: building a safer health system . The National Academies Press Washington 2000
4) http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=314&menu=Sicurezza
5) Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna: La root cause analysis per la analisi del rischio nelle strutture sanitarie Dossier 130 Anno 2006
6) Reason J : Human Error: models and management. BMJ 2000:320:768
7) Nolan T.W. System changes to improve patient safety. BMJ 2000;320:771
8) Bodenheimer T. : Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System N Engl J Med 358;10: 1064
9) Helmreich R.L: On error management: lessons from aviation BMJ 2000; 320:781
10) Kahneman Daniel : Pensieri lenti e veloci Mondadori Editore Milano 2012
11) Kahneman D. Slovic P Tversky A: Judgment under uncertainty. Heuristic and biases New York, Cambridge University Press 1982
12) Croskerry Pat : Achieving Quality in Clinical Decision Making:Cognitive Strategies and Detection of Bias Acad Emerg Med . 9; 11:1184 2002
13) Croskerry Pat : The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them Academic Medicine 78; 8: 775 2003
14) Damasio Antonio: L'errore di Cartesio. Emozione,ragione e cervello umano. Adelphi ed. Milano 1995
15) LeDoux Joseph: Il Cervello Emotivo Baldini&Castoldi Milano 2014
16) Croskerry P. Bias: a normal operating characteristic of the diagnosing brain Diagnosis 2014; 1(1): 23–27
17) Neale G et al.: Misdiagnosis: analysis based on case record review with proposal aimed to improve diagnostic processes Clin. Med. 2011;11:317
18) Augusto Murri: Lezioni di clinica medica. Il problema del metodo in medicina e biologia, Piccin ed Padova 1988
19) Moterlini M. Crupi V.: Decisioni mediche Raffaello Cortina Edit. Milano 2005
20) Austoni M., Federspil G.: Principi di Metodologia Clinica Cedam Ed. Padova 1975