

5. Febbraio

Diagnosi euristiche e diagnosi eretiche

*Se tutti sono d'accordo su una cosa, è sbagliata.
(James Lee Burke)*

La verità sta da qualche parte tra i nostri errori.

Errare è umano; ammetterlo è sovrumano.

Per un medico la diagnosi, la prognosi, la terapia sono tutto il suo mondo. Per l'uomo sano la malattia è solo una disgrazia, una parentesi, un incidente. Per l'avvocato è l'occasione per una causa di risarcimento. Per il filosofo è una riflessione sulla caducità delle cose umane. Per il sacerdote è un invito a rivolgersi alla misericordia divina. Per un ipocondriaco è l'occasione per consultare un numero imprecisato di medici finché qualcuno non sarà d'accordo con la sua diagnosi

E tutti hanno ragione. E' paradossale, ma tutti hanno ragione.

Quando un medico ti dice "arrivederci", è un saluto o una diagnosi?

Impariamo un sacco di cose dai nostri errori, perché La verità sta da qualche parte tra i nostri errori. purtroppo l'unica cosa che impariamo è come smettere di farli L'unico vero errore è quello da cui non impariamo nulla. Errare è umano; ammetterlo è sovrumano.

Riposate in pace perché noi non ripeteremo l'errore

recita l'epitaffio sulla lapide dei martiri dell'olocausto nucleare di Hiroshima mentre ci stiano avvicinando ad un nuovo olocausto nucleare.

Ed a proposito degli errori diagnostici Pochi giorni fa un report del [Dipartimento di Epidemiologia della John Hopkins](#) pubblicato su [BMJ](#)

Newman-Toker DE et al

Burden of serious harms from diagnostic error in the USA.

BMJ Qual Saf. 2024 Jan 19;33(2):109-120.

Stima che ogni anno quasi 800.000 americani muoiono o restano permanentemente invalidi a causa di errori diagnostici.

Le 15 malattie pericolose legate a eventi vascolari principali, infezioni e tumori rappresentavano il 50,7% del totale dei danni gravi e le prime 5 (ictus, sepsi, polmonite, tromboembolismo venoso e cancro ai polmoni) rappresentavano il 38,7%.

Gli errori diagnostici sono valutazioni imprecise della causa principale della malattia di un paziente, come il mancato rilevamento di un infarto o un infezione o l'assegnazione di una diagnosi errata di polmonite quando quella corretta è embolia polmonare.



Stefano Counsess della *Columbia University* ha analizzato *l'uso dell'euristica* tra medici altamente qualificati che diagnosticano malattie cardiache nel pronto soccorso, un compito comune con conseguenze sulla vita o sulla morte.

In un contesto clinico il pensiero euristico non segue un chiaro percorso, ma che si affida **all'intuito** e allo stato temporaneo delle circostanze al fine di generare nuova conoscenza. In particolare, l'euristica di una condizione clinica dovrebbe indicare le strade e le possibilità da approfondire nel tentativo di renderla "progressiva", in grado cioè di **prevedere fatti nuovi non noti al momento della sua elaborazione e segna il confine tra la soluzione temporanea e l'errore permanente**.

Utilizzando un ampio database di sinistri sono così state trovate prove convincenti del **pensiero euristico**

Ad esempio: I pazienti quarantenni che arrivano al pronto soccorso hanno circa il **10%** in più di probabilità di essere sottoposti a test e il **20%** in più di probabilità di esserlo con diagnosi di **cardiopatía ischemica (IHD)** rispetto ai pazienti under 40 , nonostante il fatto che l'incidenza della cardiopatía aumenti gradualmente con l'età.

Questo shock sull'intensità diagnostica ha implicazioni significative per la salute dei pazienti, poiché riduce il numero di diagnosi di IHD mancate tra i pazienti quarantenni over quaranta prevenendo così futuri attacchi cardiaci.

Questi dati portano allo sviluppo di un *modello* che collega questo comportamento alla letteratura esistente sulle euristiche di rappresentatività e valuta le implicazioni di questa diagnosi euristiche per il processo decisionale diagnostico.

Behaving Discretely: Heuristic Thinking in the Emergency Department

<https://ssrn.com/abstract=3743423> o <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3743423>

Nonostante l'uso sempre crescente *dell'imaging medico* e dei **test di laboratorio** finalizzati per promuovere l'accuratezza diagnostica,

-Smith-Bindman R et al Trends in Use of Medical Imaging in US Health Care Systems and in Ontario, Canada, 2000-2016. JAMA. 2019 Sep 3;322(9):843-856.

-Medicare Part B Spending on Lab Tests Increased in 2021, Driven By Higher Volume of COVID-19 Tests, Genetic Tests, and Chemistry Tests



Non è dimostrata l'appropriatezza delle indagini o l'associazione a risultati migliori nei pazienti; complessivamente non c'è nulla che suggerisca un miglioramento rispetto al **Rapporto delle Accademie Nazionali di scienze ingegneria e Medicina del 2015** che forniva una stima prudente secondo cui il 5% degli adulti sperimenta un errore diagnostico ogni anno e che la maggior parte delle persone ne sperimenterà almeno uno nella propria vita.



Gordon Schiff direttore della Divisione di medicina generale e cure primarie, *Brigham and Women's Hospital di Boston* ha stilato un elenco dei 583 errori segnalati dai medici riferite a diagnosi mancate o ritardate

Sono stati segnalati un totale di **669 casi da 310 medici** provenienti da 22 istituzioni. Dopo aver escluso i casi senza errori diagnostici o privi di dettagli sufficienti, ne sono rimasti **583**.

Di questi:

162 errori (28%) sono stati classificati **come gravi**

241 (41%) come moderati

180 (31%) come minori o insignificanti.

Le diagnosi mancate o ritardate più comuni sono state

Embolia polmonare (26 casi [4,5% del totale])

Reazioni al farmaco o sovradosaggio (26 casi [4,5%])

Cancro del polmone (23 casi [3,9%]),

Cancro del colon-retto (19 casi [3,3%])

Sindrome coronarica acuta (18 casi [3,1%])

Cancro al seno (18 casi [3,1%])

Ictus (15 casi [2,6%]).

Gli errori si sono verificati più frequentemente:

Nella fase del test (*mancata richiesta, refertazione e follow-up dei risultati di laboratorio*) **(44%)**

Valutazione clinica (*mancata considerazione e sopravvalutazione delle diagnosi concorrenti*) **(32%)**

Acquisizione dell'anamnesi **(10 %)**

Esame obiettivo (10%)

Errori e ritardi nel rinvio o nella consultazione (3%).

Schiff GD et al Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. Arch Intern Med. 2009 Nov 9;169(20):1881-7.

Questo lavoro mi conferma che gli errori sono il solito ponte tra inesperienza e saggezza.

Tutti i sondaggi finalizzati a definire il rapporto medico paziente i medici di tutti i sistemi sanitari planetari ritengono che il tempo dedicato al paziente fosse limitato.

La maggior parte dei medici visita da 11 a 20 pazienti al giorno.

Alcuni rapporti hanno stimato che per ogni ora di contatto diretto con il paziente, i medici trascorrono altre 2 ore lavorando sulla refertazione e sul lavoro d'ufficio. Recenti indagini tra i medici hanno anche indicato che uno dei motivi principali del burn-out dei medici è l'eccesso di compiti burocratici.

Secondo un sondaggio condotto nel 2018, circa il **33%** dei medici statunitensi ha trascorso 17-24 minuti con i propri pazienti. I medici sono spesso limitati nel loro tempo a lavorare direttamente con i pazienti, il che potrebbe avere un impatto sui risultati della cura dei pazienti.

Gli studi hanno scoperto che i medici trascorrono quasi la metà del loro tempo in ufficio inserendo dati e svolgendo altri lavori d'ufficio. Sistemi EHR (cartelle sanitarie elettroniche) più sofisticati e abilitati alla rete per i medici potrebbero probabilmente rappresentare un passo avanti verso più tempo da trascorrere direttamente con i pazienti.

Amount of time U.S. primary care physicians spent with each patient as of 2018



Danielle Ofri medico al *Bellevue Hospital di New York* da oltre vent'anni e

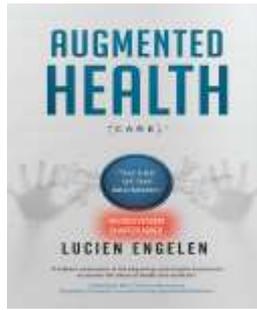
docente alla *New York University* nei suoi splendidi libri racconta come nella attuale medicina ambulatoriale non c'è tempo per pensare. *Corriamo per coprire il minimo indispensabile, correndo in modalità intellettuale a livello di sussistenza perché è tutto ciò che è sostenibile. Tale pratica è una capsula di Petri per errori medici, danni ai pazienti e un inevitabile per noi medici.*

Il colloquio con il paziente è lo strumento diagnostico principale, e che una miglior comunicazione porta risultati terapeutici migliori, non basta. Nelle relazioni interpersonali, quale è il rapporto tra medico e paziente, siamo di fronte all'esercizio di un'arte: *come suonare il violoncello, nessuna delle due mani è più importante dell'altra, è l'orecchio che fa la differenza.*

Si tratta di una complessa danza fra due persone: una che deve risolvere un problema e non ha tempo, l'altra che intuisce di avere una sola fugace occasione per presentare il suo caso in modo convincente, sia in termini di effettivi minuti a disposizione, sia di legittimità della malattia".

Statisticamente, il medico interrompe la narrazione del paziente ogni 12 secondi.

Eppure alla prova dei fatti, cioè secondo una serie di esperimenti dove i pazienti sono stati incoraggiati a esporre la propria situazione senza interruzioni, non si superavano in media i 90 secondi. "



Lucien Engelen dell'Università *Radboud di Nijmegen* è il fondatore e direttore del [Radboudumc REshape Innovation Center 2010-2018](#) ha individuato la necessità di una figura nuova all'interno dell'ospedale, qualcuno che presti attenzione non solo alle esigenze, ma anche ai racconti dei pazienti, facendo da ponte con i clinici.



Corine Jansen è stata la prima *Chief listening officer* di cui si conosca la storia. Questi "ascoltatori designati" sono responsabili della raccolta di informazioni in una varietà di situazioni. Hanno il compito di condividere le loro intuizioni in modo proattivo con diversi livelli dell'organizzazione e spetta a loro trasformare il feedback in informazioni fruibili.

Umberto Eco in il nome della Rosa scrive che spesso sono gli inquisitori a creare gli eretici. Eresia viene dal greco "hàiresis". Vuol dire "scelta". Ecco perché amo gli eretici: perché hanno coraggio. Un eretico è un coraggioso che vede con i suoi propri occhi, e non con quelli dell'ortodossia medica.



Antonello Pisanti formidabile pediatra napoletano ha trasferito il suo modo di essere medico in un centinaio di pagine preziose definite da lui stesso "diagnosi eretiche". Tuttavia il vero valore aggiunto di questo libro non sono le diagnosi perfettamente descritte, ma le storie che racconta. Non il *what*, il che cosa, ma l'*how*. Una lettura colta ed intrigante che fa riflettere e capire che in definitiva la cosa migliore che la medicina ha prodotto sono i suoi eretici, perché l'eresia di un'era diventa l'ortodossia dell'era seguente. L'eresia è il ponte fra due ortodossie, non è altro che un'eresia che ha avuto successo.



Lo so, è tremendamente difficile raggiungere il paziente nella sua interezza, comprendere la sua realtà esistenziale, molte volte intrisa di sofferenza e, per quanto possibile, provare ad alleviarla. Devi cercare di interpretare il tuo ruolo di medico in termini più partecipativi cercando di attenuare, per quanto possibile, l'asimmetria che inevitabilmente si stabilisce tra te e chi hai di fronte, cercando di immedesimarti il più possibile nei suoi problemi reali. Non concentrarti in una anamnesi minuziosa, non porre domande che prevedano risposte stringate o che assomiglino ad un interrogatorio, porta il tuo paziente a "raccontare" piuttosto che a "rispondere", ad una narrazione spontanea che faccia venir fuori i "veri problemi" che lo hanno portato da te.

Questi, a volte, sono di natura esistenziale, (dissidi familiari, timori di malattie, rapporti familiari non facili) mascherati da pseudo problemi di salute che si manifestano attraverso sintomi reali. Che, attraverso il linguaggio di un corpo sofferente, il tuo paziente sta tentando di esprimere il suo disagio interiore, quello che non riesce a trasmettere con le parole.

È molto difficile che il paziente ti autorizzi ad entrare nei suoi ricordi, nel suo vissuto.

Nei ricordi di ogni uomo ci sono cose che egli non svela a tutti, ma forse soltanto agli amici. Ce ne sono altre che non svelerà neppure agli amici, ma forse solo a se stesso, e comunque in gran segreto. Ma ve ne sono infine, di quelle che l'uomo ha paura di svelare perfino a se stesso, e ogni uomo perbene accumula parecchie cose del genere (F. Dostoevski).

Tuttavia nella relazione con il paziente molte volte può accadere l'imprevedibile. Se riuscirai a stabilire la giusta empatia, è possibile che le resistenze si dissolveranno e cadranno le barriere più invalicabili. Anche l'imperatore Adriano, l'uomo più potente del mondo, aveva compreso *come sia difficile rimanere imperatore in presenza di un medico.*

Quando il paziente ti consentirà di entrare nel suo vissuto potrai accedere ai suoi ricordi, a tutto ciò che tiene unito quello che il destino ha diviso. Ed è nel ricordo che le cose prendono il loro vero posto smettendo di essere una distorsione del passato per diventare narrazione.

Quando cadono le barriere ed il paziente inizia a narrare il suo vissuto, il rapporto medico-paziente raggiunge il suo azimut. Non esistono più il medico ed il paziente, ma solo due persone che si incontrano.

L'assimmetria è scomparsa, il rapporto è diventato paritario .

La narrazione del paziente, man mano che si sviluppa, viene ad assomigliare sempre più ad un racconto, un racconto che non tradisce la verità, ma che il paziente narra come fosse una favola. *Le favole non dicono ai bambini che i draghi esistono. Perché i bambini lo sanno già. Le favole dicono ai bambini che i draghi possono essere sconfitti (G.K Chesterton).*

Il paziente conosce molte cose della sua malattia, ma vuole essere aiutato a sconfiggere il "drago" che è dentro di lui e che lo sta divorando o che teme possa divorarlo.

Ed è soltanto attraverso la narrazione che emergeranno distinti e chiari i vari ed i veri problemi che dovrai affrontare insieme a lui.

A Stoccolma, su un foglio di carta a quadretti affisso nella bacheca all'ingresso del reparto di oncologia pediatrica, c'era scritto con una scrittura incerta:

En sorg delad är en sorg halverats.
En glädje delas är en glädje fördubblas.

*(Un dolore condiviso è un dolore dimezzato.
Una gioia condivisa è una gioia raddoppiata).*

