



La Diagnosi in Medicina Generale: Decidere in Condizioni di Incertezza- 3° Parte/ B

Data 27 giugno 2021
Categoria clinical_queries

Nella pillola della scorsa settimana abbiamo iniziato ad esaminare alcune strategie diagnostiche (euristiche) che consentono diagnosi in tempi brevi anche in carenza di dati certi. Abbiamo tuttavia sottolineato come queste medesime strategie, seppure a volte utili ed efficaci, possano tuttavia essere fonte di errori anche gravi. In questa pillola proseguiremo con la illustrazione di altre importanti euristiche fonti di intuizioni ma anche di errore...

Fare in ogni caso Qualcosa (Commission Bias): è la condotta del medico che ritiene comunque di dover fare qualcosa per il paziente anziché attendere il decorso del quadro.

Ricerca delle sole conferme (Confirmation Bias): è la ricerca di dati di conferma della ipotesi formulata anziché di dati che possano smentirla e/o suggerire ipotesi alternative.

Etichetta Diagnostica (Diagnosis momentum): è quel processo a più fasi nel quale viene applicata una etichetta diagnostica provvisoria che viene accettata acriticamente nei passaggi successivi fino a divenire una diagnosi certa in quanto accettata da più operatori (esempio diagnosi di infarto in anziano con pericardite).

L'illusione dello Scommittitore (Gambler's fallacy): è la classica illusione del giocatore di azzardo che crede che dopo alcuni lanci di moneta con risultato "croce" aumenti la probabilità del risultato "testa" (esempio paradossale: dopo tre diagnosi errate dovremmo pure azzeccarne una!)

Col senno di poi (Hindsight bias): è il bias del "senno di poi". A posteriori ogni dato assume un diverso valore e si possono giustificare o smentire ipotesi che a priori avevano ben altro valore (esempio gli errori diagnostici commessi in contesti difficili e le critiche dei colleghi che rivalutano il caso con tutta calma, avendo a disposizione tutti i dati)

Influenza dell'Ordine di Presentazione (Order effect): si verifica in particolare nei processi di trasferimento in cura: il medico tende a valorizzare sempre la parte iniziale e quella finale del flusso informativo rischiando di sottovalutare le informazioni intermedie (esempio trasferimento dalla terapia intensiva in reparto medico: superata la fase critica il paziente dovrebbe essere rivalutato dall'inizio...)

Preferenza per le ipotesi migliori (Outcome bias): è la tendenza all'ottimismo diagnostico terapeutico. Il medico sceglie istintivamente diagnosi e decorsi con migliore prognosi e sottovaluta le ipotesi peggiori (l'errore classico che si commette quando si curano familiari ed amici)

Eccessiva Fiducia in sé stessi (Overconfidence bias): è l'atteggiamento di chi sopravvaluta le proprie conoscenze ed il proprio fiuto diagnostico: si prendono pertanto decisioni senza approfondire i problemi.

Giocare con le Probabilità (Playing the odds): è l'utilizzo inconsapevole o volontario della stima grossolana delle probabilità per scegliere la diagnosi in quel momento più favorevole: è l'atteggiamento opposto al "rule out worst case" in cui il medico deliberatamente prende in esame le ipotesi peggiori, anche se rare, con l'intento di non trascurare le situazioni più serie.

Chiusura Prematura (Premature closure): è la tendenza a concludere prematuramente il percorso diagnostico e/o la decisione terapeutica, anche se non tutti i dati sono coerenti con questa decisione. Il medico non ritiene di continuare con le verifiche e le ipotesi e applica al paziente una etichetta che rischia di essere definitiva (errore frequente quando si debbono valutare molti pazienti in tempi brevi)

Psichiatrizzazione dei disturbi (Psych-out error): viene commesso con una certa frequenza nei pazienti con problematiche psichiatriche: si tende a riportare al disturbo psichico sintomi che sono dovuti a problemi organici.

La preferenza per la Ovvietà (Sutton's slip): è la "ricerca della"ovvietà" ovvero l'accontentarsi sempre e comunque della ipotesi diagnostica più semplice e banale.

La accettazione passiva dell'Inquadramento di Triage (Triage cueing): l'inquadramento iniziale, specie nei dipartimenti di accettazione, può fortemente influenzare l'iter diagnostico: i reparti ad orientamento specialistico in particolare tendono a sovra-diagnosticare i problemi del proprio ambito.

Il Bias dei Sentimenti del medico (Visceral bias): I sentimenti che il medico avverte verso quello specifico paziente influenzano fortemente l'orientamento diagnostico (esempio i pregiudizi razziali: in alcuni stati purtroppo il colore della



pelle influenza la diagnosi!)

Concludendo possiamo affermare che la nostra Ragione ha sorprendenti ed inaspettate potenzialità ma sviluppa in sé stessa gli embrioni di possibili errori. La consapevolezza dei limiti della nostra ragione e la ricerca sistematica dei nostri potenziali errori dovrebbero essere caratteristiche costanti di ogni soggetto che eserciti professioni di interesse sociale.

Riccardo De Gobbi, Roberto Fassina, Giampaolo Collecchia, Giuseppe Ressa, Renato Luigi Rossi

Bibliografia

- 1) Singh, H, Davis Giardina T MA, ; Meyer AND et al.: Types and Origins of Diagnostic Error in Primary Care Settings. JAMA Intern Med. 2013;173(6):418-425
- 2) Singh H, Graber ML, Kissam SM, et al. System-related interventions to reduce diagnostic errors: a narrative review. BMJ Qual Saf. 2012;21(2):160-170
- 3) Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, et al. Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. Ann Intern Med. 2006;145(7):488-496
- 4) Singh H, Thomas EJ, Khan MM, Petersen LA. Identifying diagnostic errors in primary care using an electronic screening algorithm. Arch Intern Med. 2007;167(3):302-308.
- 5) Institute of Health: To Err is Human: building a safer health system. The National Academies Press Washington 2000
- 6) Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL Jr, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Qual Saf Health Care. 2002;11(3):233-238
- 7) Schiff GD, Hasan O, Kim S, Abrams R, Cosby K, Lambert BL, et al.: Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. Arch Intern Med. 2009;169:1881-7.

Per Approfondire: Giampaolo Collecchia, Riccardo De Gobbi, Roberto Fassina, Giuseppe Ressa, Renato Luigi Rossi: La Diagnosi Ritrovata. Il Pensiero Scientifico Editore
pensiero.it/catalogo/libri/professionisti/la-diagnosi-ritrovata