

Dalla Fondazione SmithKline un volume dedicato a «La dimensione cognitiva dell'errore

in medicina» e un progetto per aiutare i camici bianchi a «decidere»

Quei ragionamenti fallaci che fanno sbagliare i medici

Un incidente su sei non è dovuto a negligenza ma alla fallibilità delle scorcioie mentali adottate in condizioni d'emergenza

DI MANUELA PERRONE

Se gli sbagli dei medici dipendessero "banalmente" da ragionamenti sbagliati invece che da negligenza o incompetenza? L'ipotesi è tutt'altro che infondata: si stima che ben un errore su sei derivi proprio dalla fallibilità di quelle scorcioie mentali che ognuno di noi mette in atto quando bisogna prendere decisioni in situazioni di forte incertezza. E poche discipline sono più incerte e complesse della scienza medica.

Il pensiero «fa» l'errore. Al fenomeno è dedicato il volume «La dimensione cognitiva dell'errore in medicina», curato dalla Fondazione SmithKline e presentato il 5 aprile al Consiglio nazionale delle ricerche. Oltre trecento pagine che racchiudono una selezione dei contributi più significativi allo studio degli errori cognitivi commessi dai medici. Sedici saggi suddivisi in tre ambiti: giudizi e probabilità, preferenze e decisioni, valutazioni e consigli. Con una premessa, sottolineata da **Vincenzo Crupi** (ricercatore al Dipartimento di Scienze della cognizione all'Università di Trento), **Gian Franco Gensini** (presidente della Fondazione SmithKline e preside di Medicina all'ateneo di Firenze) e **Matteo Motterlini** (docente di Teoria delle decisioni all'Università San Raffaele di Milano): «Le decisioni mediche implicano la stima della probabilità dell'esistenza di una condizione patologica, della sua prognosi, dell'esistenza di altri elementi clinici, dell'utilità e degli effetti avversi di possibili trattamenti e della loro accettabilità da parte del malato. La qualità delle decisioni è evidentemente un fattore determinante per la qualità delle cure».

Tradotto in cifre, eliminare gli errori cognitivi significherebbe evitare in Italia 5mila sbagli. Non pochi, considerando che, secondo le stime fornite dagli esperti (non esistono, a oggi, dati certi) ogni anno muoiono per errori 32mila persone (più delle vittime di incidenti stradali) e altre 300mila subiscono un danno, per un costo economico totale di circa 260 milioni di euro. Ma quali sono, in concreto, gli sbagli legati al ragionamento?

Per esemplificarli, nell'introduzione Crupi e Motterlini scelgono un caso descritto e analizzato dal canadese **Donald Redelmeier**, uno dei luminari in materia: un afroamericano di 65 anni arriva in pronto soccorso con dolori alla parte superiore della schiena e in altre

parti del corpo, mal di gola e calore. Dall'esame fisico risulta che non ha febbre, che i polmoni sono liberi e che ha un leggero eritema orofaringeo. Gli viene diagnosticata un'infezione del tratto respiratorio superiore e, dopo il prelievo di campioni per colture dal sangue e dalla gola, viene dimesso con l'indicazione di mantenere regolare l'assunzione di fluidi e di prendere ibuprofene per calmare i dolori.

La memoria che inganna. La diagnosi è stata elaborata su un insieme di dati clinici ridotto, che non impediva di escludere altre ipotesi alternative. La prima «trappola» in cui i medici sono caduti è una delle scorcioie cognitive più note: l'«euristica della disponibilità». È il giudizio basato sulla memoria: si valuta più alta la probabilità di un evento se un maggior numero di eventi simili può essere facilmente ricordato. Una «palese violazione di una regola fondamentale della probabilità», notano gli esperti, che può causare errori prevedibili. Come nel caso esaminato: il giorno dopo, il laboratorio dell'ospedale informa i medici che l'uomo è risultato positivo per lo stafilococco aureo. Il paziente viene subito richiamato al pronto soccorso, dove ci si informa sulla sua storia clinica: un tumore di Hodgkin diagnosticato dieci anni prima, curato con radio e chemioterapia, una lunga storia di lichen planus. Un nuovo esame fisico svela lesioni cutanee diffuse. Radiografie della spina cervicale e lombare rivelano modificazioni degenerative non indicative di una patologia maligna. Il paziente viene ricoverato; il giorno seguente si accerta un soffio olosistolico, ma l'ecocardiogramma transtoracico non mostra lesioni. Si prescrivono antibiotici per via endovenosa.

Non sempre la «tipicità» aiuta. L'ecografia transtoracica e le radiografie spinali presuppongono due ipotesi diagnostiche: endocardite e osteomielite. Escluse entrambe perché negative, in base a una seconda trappola: l'«euristica della rappresentatività». Che consiste nel giudicare la probabilità di una condizione A alla luce di un'altra condizione B in quanto B è tipica o rappresentativa di A. In pratica, i medici non hanno tenuto conto della bassa sensibilità degli esami, come il ragionamento probabilistico avrebbe imposto di fare.

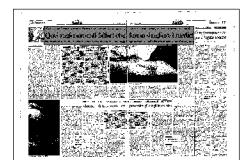
Ancore fallaci. Altre scorcioie fallaci: l'ancoraggio e l'adattamento. I camici bianchi hanno ritenuto che l'infezione batterica da

stafilococco potesse rendere conto di tutti i sintomi, utilizzandola come «ancora». E non approfondendo la presenza inusuale di batteriemia in un anziano non diabetico. Un ulteriore sbaglio frequentissimo: trascurare le possibilità implicite.

Il senno di poi. Poiché la terapia antibiotica ha migliorato i sintomi, il paziente viene dimesso. Nuovo errore: non aver tenuto conto degli sviluppi di una situazione per valutare se è quella giusta (distorsione retrospettiva nella valutazione della probabilità delle diagnosi). Infatti tre settimane dopo i dolori al collo e alla schiena si acuiscono, accompagnati da formicolii alle dita. Nuovi esami, nuovo ricovero. E finalmente la giusta diagnosi: osteomielite alla sesta e settima vertebra, con interessamento del midollo.

L'importanza di decidere meglio. Agli errori descritti si aggiungono le decisioni non consequenziali, la difficoltà delle scelte conflittuali, i condizionamenti dovuti al rapporto con il paziente (si pensi al consenso informato) e alla comunicazione dei rischi. Tutti trabocchetti che lastricano la strada della pratica clinica.

Imparare a riconoscerli può aiutare a schivarli, migliorando la qualità delle cure ed eliminando lo scarto tra comportamento ottimale e comportamento osservato. «Non a caso - sottolinea **Lorenzo Corbetta**, dell'Unità di medicina respiratoria del Careggi di Firenze - il volume si inserisce in un contesto più ampio che la Fondazione SmithKline dedica al tema delle decisioni in medicina e in Sanità. Un progetto che comprenderà altre iniziative editoriali e programmi formativi universitari e di educazione continua, a partire da un corso destinato a giovani medici per introdurre i fondamenti della teoria normativa della decisione e gli esiti della ricerca cognitiva sulla decisione medica, con esempi ed esercitazioni».



«Presto una società scientifica di risk management»

Una «Società italiana di clinical risk management» nuova di zecca, costituita da clinici, scienziati della comunicazione, studiosi di ergonomia ed esperti di scienze cognitive. «Multidisciplinare come le dimensioni dell'errore», afferma Riccardo Tartaglia, direttore del Centro gestione rischio clinico della Regione Toscana, intervenuto alla presentazione del volume della Fondazione SmithKline.

La Società dovrebbe nascere nei prossimi mesi, promossa da altre tre società scientifiche: la Società per la qualità dell'assistenza, la Società italiana di ergonomia e fattore umano e la Società italiana di medicina generale. «L'intenzione - spiega Tartaglia - è quella di creare anche una Consulta di cui faranno parte le altre società scientifiche mediche e le associazioni dei pazienti, che diventi luogo di discussione e di confronto».

Allo stesso modo, la Toscana ha proposto agli assessori regionali alla Sanità la costituzione di un coordinamento tecnico interregionale sul risk management, composto da tutti i rappresentanti delle direzioni generali delle Regioni che si occupano dell'argomento. Obiettivo: «Fare il punto su quello che si sta facendo e assicura-

re l'effettiva implementazione in tutto il Paese delle buone pratiche proposte dal gruppo di lavoro ministeriale sul rischio clinico». Per garantire «livelli essenziali di sicurezza» ai pazienti sull'intero territorio nazionale.

«Bisogna passare dalla cultura della colpa alla cultura dell'imparare dall'errore», dice l'esperto. Un percorso faticoso se gli ospedali restano chiusi in se stessi e gli sbagli rimangono nascosti. Ma quali sono gli errori evitabili più frequenti? Per Tartaglia sono tre: quelli di diagnosi, inclusi i ritardi, riducibili standardizzando al massimo le procedure e potenziando il confronto tra i clinici; quelli di terapia, contro i quali è efficace ridurre le trascrizioni con la scheda terapeutica unica; quelli di chirurgia dell'emergenza, contrastabili sviluppando la formazione e la simulazione. «Nel settore aeronautico - ricorda infatti Tartaglia - la simulazione ha avuto un grande sviluppo proprio per porre rimedio all'errore cognitivo. Si tratta di una modalità formativa che consente di capire le reazioni degli operatori in situazioni critiche di emergenza. Perché se le procedure teoriche sono note a tutti, in caso di emergenza le reazioni possono essere molto diverse da persona a persona».