L’Errore in Medicina Generale

Data 27 settembre 2013
Categoria professione

Riflessioni di metodo (Riccardo De Gobbi)

Una recente ricerca sull’errore in medicina generale, pubblicata da Jama Intern. Med. (1) ci offre lo spunto per alcune riflessioni ed alcuni approfondimenti. La metodologia adottata in questo studio è sufficientemente corretta e rigorosa ed i dati sono interessanti, specie se raffrontati a metodi e risultati di larga parte dei lavori pubblicati sull’argomento.
Ancora più interessante è la analisi critica dell’articolo ed in particolare della ricca bibliografia in essa citata. In buona sostanza possiamo dire che malgrado un universale interesse al problema della identificazione e prevenzione dell’errore in medicina generale, i contributi fino ad ora forniti da molteplici ricercatori in tutto il mondo occidentale sono spesso carenti dal punto di vista metodologico e limitati e settoriali dal punto di vista dei risultati.
Questa nostra considerazione è avvalorata da uno studio pubblicato su BMJ Qual. Saf.(2), che con una revisione della letteratura prende in considerazione gli interventi sistemici sull'errore, inteso come “missed, delayed, wrong diagnosis, cioè diagnosi mancata, ritardata od errata”. (3) Sono stati presi in esame 43 articoli pubblicati in riviste internazionali: il primo sconfortante dato è che solo 6 articoli descrivevano interventi già effettuati che avevano permesso di conseguire un sia pur parziale risultato. Altri 37 articoli si limitavano a proporre misure di vario genere che nelle speranze degli autori dovrebbero in futuro portare ad una riduzione dell'errore. Inoltre i 6 studi che testavano gli interventi migliorativi coinvolgevano un numero limitato di soggetti, non sempre definivano con chiarezza gli outcome ed inoltre presentavano una ampia variabilità di risultati, con necessità di ulteriori conferme.
Veniamo ora ad una breve illustrazione dello studio del Jama, per passare poi ad una riflessione critica e metodologica: questa indagine è stata effettuata basandosi sui dati registrati elettronicamente(4): sono stati esaminati i dati sanitari dei pazienti che si sono inaspettatamente ripresentati dal medico dopo una prima visita che avrebbe dovuto portare a soluzione del problema, o che hanno subito un ricovero imprevisto o che si sono rivolti ai dipartimenti di emergenza .
Sono stati presi in considerazione 190 pazienti in 68 dei quali le diagnosi iniziali erano errate. Le errate diagnosi si riferivano a problemi comuni in Medicina Generale quali broncopolmonite (6,7%), insufficienza cardiaca (5,7%), insufficienza renale acuta (5,3%), cancro non diagnosticato precocemente (5,3%), pielonefrite (4,8%).
Secondo gli autori nel 78,9% l’errore si generava all’interno del contatto medico – paziente: nel 56,3% dei casi nella raccolta della storia vi erano informazioni carenti, nel 47,4% dei casi l’esame obiettivo non era adeguato, nel 57,4% dei casi i test diagnostici richiesti non erano idonei o sufficienti (da sottolineare come nel 43,7% dei casi sia stato riscontrato più di un meccanismo nel medesimo paziente).
Da sottolineare come nel 19,5% dei casi l’errore fosse nella consulenza specialistica, nel 16% dei casi fosse dovuto al paziente, nel 13% dei casi ai test diagnostici.
E’ evidente dal calcolo delle percentuali il concorso di più fattori in alcuni errori che nel 73% dei casi ebbero conseguenze medio – gravi e nel 14% dei casi portarono al decesso. Come osservazione marginale ma importante come indicatore di una cattiva pratica, l'uso del copia/incolla nella casistica esaminata è assai diffuso ed è implicato nel 35,7% degli errori finali.(1)

Problemi di definizione e di classificazione
Quando si intraprende lo studio di una variabile è anzitutto essenziale condividere una definizione ed una classificazione chiare ed univoche.
La definizione: Nel 1999 l’Istitute of Medicine negli Stati Uniti pubblicò un documento che costituisce tutt’oggi un punto di riferimento sulla prevenzione dell’errore in medicina.
In esso l’errore viene definito come un “ fallimento nella pianificazione e/o nella esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.” (5)
Nei primi lavori sull’argomento si parlava infatti di “incidenti critici”, di “risk mangement” fondati su classificazioni create in ambienti ospedalieri, o anche di “eventi che non si sarebbero dovuti verificare e che non dovrebbero più verificarsi”. (6)
Più recentemente si è adottata una definizione operativa dell’ errore diagnostico includendovi non solo le errate diagnosi, ma anche le diagnosi mancate o quelle ritardate. (3)
La Classificazione: Il secondo problema che ci troviamo ad affrontare è quello della classificazioni degli errori; anche in questo ambito ci confrontiamo con una avviluppante eterogeneità. A titolo esemplificativo ricordiamo che il ventaglio di ricerche ne comprende alcune che esaminano tanto il ragionamento diagnostico (approccio cognitivo) , che il processo diagnostico-terapeutico nella sua interezza (dalle indagini di laboratorio alle modalità di registrazione dei dati alla comunicazione con il paziente alla definizione del programma terapeutico: approccio sistemico), altre che analizzano il puro errore diagnostico limitandosi ad una descrizione fenomenica dei quadri clinici più frequentemente fonte di errore.
L’importanza della metodologia adottata
La Metodologia: il terzo importante problema è quello delle metodologie utilizzate nei vari studi, anche queste piuttosto eterogenee. Vengono spesso utilizzati questionari ai medici e/o ai pazienti , con lo strumento del self-reporting (7), od indagini retrospettive su banche dati ottenute con criteri diversificati o con esami di referti autoptici o di indagini laboratoristiche e/o strumentali.
Se ricordiamo che la metodologia più corretta è quella degli studi prospettici randomizzati e controllati, con supervisione esterna indipendente, anche senza entrare nella descrizione dettagliata dei numerosi bias degli approcci metodologici sopra citati vanno almeno citati i più eclatanti: i bias di selezione (auto-selezione dei soggetti più interessati al

problema) , quelli di registrazione e classificazione (in particolare nelle indagini retrospettive sui data-base) quelli di self-reporting (variabilià inter-individuale e meccanismi di difesa che rendono medici e pazienti indulgenti verso i propri errori e critici verso le carenze altrui).

Conclusioni: La ricerca sull'errore in medicina generale ha fino ad ora fornito risultati limitati e settoriali: vi è una grande necessità di studi prospettici rigorosi condotti con metodologie corrette, con campioni rappresentativi e di adeguata numerosità. In Italia da anni si discute sulla rifondazione della medicina generale: uno dei primi passi potrebbe essere proprio una ricerca in questo importante e delicato settore.

Bibliografia
1)Singh,H , Davis Giardina T MA, ; Meyer AND et al.: Types and Origins of Diagnostic Errorin 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) Insitute 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.