La Diagnosi in Medicina Generale (Parte seconda …)

Data 29 aprile 2018
Categoria casi_clinici

La nostra mente è la risorsa più importante che abbiamo, la più complessa conosciuta nell'Universo: non rinunciamo ad usarla…

Le Euristiche e le loro insidie
Le Euristiche (dal greco "eurisko"= trovare) sono strategie usate talora in maniera inconscia in ogni attività che comporti una raccolta di dati, un loro ordinamento ed una decisione da assumere: possiamo quindi tranquillamente affermare che ogni medico, quando fa diagnosi, utilizza anche inconsapevolmente una propria euristica che può comportare vantaggi ma anche predisporre all'errore, specie se non sottoposta a valutazione auto-critica ("ho preso in considerazione tutti i dati?...ne ho sottovalutato o trascurato qualcuno?... che altra malattia potrebbe essere?")
Gli studiosi di Psicologia della Decisione hanno dimostrato che alcune "euristiche" possono indurre in errori inconsapevoli.

Prendiamo in considerazione alcuni esempi …

• **La Euristica della Disponibilità :**
Si è portati a diagnosticare una malattia perché in quel periodo ed in quella popolazione essa è particolarmente frequente (es. far diagnosi di influenza per stati febbrili non influenzali durante il periodo epidemico)
• **La Euristica della Rappresentatività:**
Si è portati ad interpretare un dato quale indicatore di una malattia in quanto ne è solitamente espressione significativa (es. la oppressione retrosternale è tipicamente correlata a problemi cardiologici mentre talora non ne è espressione)
• **I Fenomeni di Ancoraggio:**
Noi tutti abbiamo una naturale tendenza a basarci su dati noti e situazioni riconosciute, interpretando ogni dato nuovo alla luce del "già visto o già conosciuto"
Questo atteggiamento è molto frequente in ogni settore, preclude ipotesi innovative e può comportare errori diagnostici (es. una perdita di coscienza in paziente già epilettico è facilmente interpretata come recidiva di crisi mentre potrebbe ad esempio trattarsi di sincope legata ad aritmia…)
• **EffettoCornice** Un paziente che ha già ricevuto una diagnosi, specie se effettuata da specialisti o comunque da colleghi esperti, difficilmente viene ri-valutato criticamente: pigrizia mentale, conformismo, ingiustificato timore di contraddire il parere di un collega possono condurre a gravi errori (es. un paziente psichiatrico, noto per gli atteggiamenti teatrali, che lamentasse forte dolore toracico, con ecg e troponina negativi potrebbe essere semplicemente sedato mentre potrebbe essere affetto da una iniziale dissecazione aortica…)

Gli psicologi cognitivi hanno rilevato e descritto circa trenta "cognitive dispositions to respond (CDRs)"ovvero modalità di risposta che possono inconsapevolmente indurci in errore quando dobbiamo prendere una decisione; oltre alle euristiche sopra indicate, ricordiamo, solo per rendere il lettore consapevole della complessità di un normale procedimento decisionale alcune tra le più frequenti "trappole cognitive":

> [b]Breve Elenco di CDRs erronei: 1) errori di valutazione legati a pregiudizi ed aspettative…,2) quelli legati alle difficoltà già affrontate, che portano ad operare una scelta per stanchezza od a non mutare una decisione perché ci è costata molta fatica(anche se è errata…), 3) la curva ad U nella valutazione dei dati trasmessici da altri professionisti, ovvero la tendenza a concentrarci sulla prima ed ultima parte di lettere di dimissione e referti sottovalutandone la parte intermedia…, 4) la tendenza a sopravvalutare ipotesi diagnostiche che siamo in grado di gestire bene, rifuggendo istintivamente da settori della medicina che conosciamo meno…5) la tendenza a scartare le ipotesi peggiori quando il paziente suscita in noi sentimenti positivi e la tendenza a valutare per prime le ipotesi peggiori quando il paziente è aggressivo…6) la overconfidence, ovvero la sovra-valutazione delle nostre capacità e delle nostre conoscenze, il che può portare ad una diagnosi superficiale e ad una terapia non corretta…7) la conclusione prematura ovvero la tendenza compulsiva ad effettuare una qualche diagnosi ed a prescrivere una qualche terapia perché il tempo- ed alcune direzioni sanitarie- sono tiranni... ecc…ecc...[/b]

La corretta programmazione della diagnosi
La prima fase di un corretto procedimento diagnostico è la raccolta diligente e libera da preconcetti dei dati anamnestici e clinici rilevabili, mediante la interrogazione del paziente ed il suo esame obiettivo secondo la metodica della semeiotica classica.
Al termine di questo primo livello di indagine il medico formula generalmente alcune ipotesi preliminari ognuna delle quali può essere confermata o smentita da indagini laboratoristiche e/o strumentali.
Questa è la fase più importante e delicata: talora il medico richiede batterie di esami e di accertamenti "lasciandosi guidare dagli eventi" attendendo cioè i risultati delle indagini e formulando spesso le ipotesi diagnostiche più semplici e meno faticose.
Questa pratica è da evitare in ogni modo in quanto fonte di molteplici errori ed omissioni. Se ricordiamo che ogni quadro morboso ha una propria prevalenza in una data popolazione e che ogni esame ha un proprio valore predittivo positivo e

negativo, la pratica di richiedere esami in libertà e di accettarne acriticamente i risultati è poco utile e potenzialmente dannosa.

Capacità e Contenuto medio infomativi di un test
La Capacità informativa media di un test è la informazione ottenibile in media da quel test in relazione ad una determinata ipotesi diagnostica
Il Contenuto informativo medio di un test è la riduzione media dell'incertezza ottenibile con l'esecuzione del test in quel paziente, in quel momento della malattia, cioè differenza tra la incertezza iniziale e quella residua dopo il test **("cosa può dirmi di più questo test? può confermare o smentire la mia ipotesi? può suggerirmi altre ipotesi?") : se il Test non fornisce risposta a nessuna di queste tre domande è preferibile non effettuarlo perché una eventuale falsa positività potrebbe addirittura essere dannosa per il paziente indirizzando il medico verso diagnosi errate…**

La soglia di indagine La soglia di terapia
Può essere utile in alcune circostanze stabilire convenzionalmente una soglia di probabilità di presenza della malattia, al di sopra della quale un accertamento anche invasivo deve essere effettuato : Soglia di Indagine o di Esame.
La soglia di probabilità accettabile è generalmente tanto più bassa quanto più elevato è il danno potenziale che la mancata diagnosi può comportare per il soggetto (es. coronarografia).
Analogamente in alcune malattie si stabilisce convenzionalmente una soglia di probabilità di presenza della malattia, al di sopra della quale si decide di iniziare la terapia. Anche in questo caso la soglia di probabilità accettabile è tanto più bassa quanto più elevato è il danno potenziale che la mancata terapia può comportare per il soggetto(es. meningite-neoplasieinvasive)
(Ricordiamo la formula di quantificazione del Rischio
R= P x D P= Probabilità D = Magnitudo del Danno)

[b] Il Percorso Diagnostico Corretto[/b]
L'iter diagnostico più corretto è dunque il seguente:
1) Raccolta Dati anamnestici+ Osservazione paziente+Rilievo e Registrazione Dati Clinici
2) Formulazione di più ipotesi: I° Ipotesi II° Ipotesi III° Ipotesi
3) Si procede con la I° Ipotesi >>Esami che confermano la I° ipotesi>>Esami che smentiscono la I° ipotesi
4) Valutazione ponderata dei dati favorevoli e contrari alla ipotesi; ragionamento fisiopatologico e ragionamento clinico/nosografico
5) La diagnosi è confermata con ragionevole certezza quando i dati fisiopatologici, clinici/nosografici, laboratoristici e strumentali sono coerenti con la ipotesi diagnostica
[b]Il procedimento andrebbe ripetuto per tutte le ipotesi formulate[/b]
Per ciascuna ipotesi dunque vanno accuratamente valutati tutti i dati favorevoli e contrari alla stessa ipotesi
…
Si ritiene infine confermata la ipotesi più coerente con tutti i dati raccolti…

Riccardo De Gobbi

Continua nella terza ed ultima parte ...

Riferimenti Bibliografici utilizzati per la presente Pillola

Kahneman D, Slovic P, Tversky A. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge, UK: Cambridge UniversityPress;1982.

Kahneman D: Pensieri lenti e veloci 2012 Arnoldo Mondadori Editore Milano

Croskerry P.: The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them Academic Medicine, Vol .78 , N°8 -2 0 0 3

De Gobbi R. , Fassina R.: L'errore in Medicina, Parte prima Rivista Società Italiana di Medicina Generale N.6 Anno 2013

De Gobbi R. , Fassina R.: L'errore in Medicina, Parte Seconda Rivista Società Italiana di Medicina Generale N.1 Anno 2014

ed inoltre, come per la Pillola precedente...

Timossi Roberto Giovanni: Imparare a Ragionare: Un manuale di logica
Marietti Editore Milano 2011

Austoni Mario, Federspil Giovanni: Metodologia Clinica Cedam Editore Padova 1975

Liberati Alessandro: La Medicina delle Prove di Efficacia

Il Pensiero Scientifico Editore Roma 1997

Zanussi Carlo: Metodologia Diagnostica in Medicina Interna Utet Editore Torino 1999

Scandellari Cesare: La Diagnosi Clinica Masson Editore Milano 2005

Motterlini Matteo, Crupi Vincenzo: Decisioni mediche Raffaello Cortina Editore Milano2005

Rossi Renato- Sopravvivere tra numeri e statistica © 2011. Edito on line da www. pillole.org
www.pillole.org/public/aspnuke/download.asp?dl=370