L’ERRORE in MEDICINA- Seconda Parte: L’APPROCCIO COGNITIVISTA

Data 18 novembre 2018
Categoria psichiatria_psicologia

Le trappole del ragionamento medico: ecco cosa ci insegna la psicologia cognitiva

La attitudine più straordinaria della mente umana è probabilmente la capacità di studiare sé stessa e di correggere ciò che essa produce…
Nella prima parte abbiamo verificato come con la analisi dei sistemi e delle procedure si possano prevenire alcuni errori che si originano nella interazione delle componenti del sistema.
In questa seconda parte esamineremo i meccanismi decisionali della nostra mente che, per limiti intrinseci, ci inducono spesso in errore: conoscere questi meccanismi, individuarli e correggerli è una delle acquisizioni più importanti della psicologia cognitiva degli ultimi decenni.

Fin dagli anni ’70 una importante branca della psicologia cognitiva ha iniziato ad occuparsi dei meccanismi psicologici che vengono messi in atto dagli esseri umani allorché debbono prendere decisioni.
Negli ultimi decenni la “psicologia dei processi decisionali” è stata applicata con successo alla medicina, evidenziando come i medici usino strategie decisionali (euristiche)spesso peculiari incorrendo così in molteplici possibilità di errore: questo ricorrente fenomeno è definito “bias”.
E’ importante sottolineare che gli errori cognitivi sono legati ai nostri meccanismi neuropsicologici e sono pertanto involontari: se ne può ridurre la frequenza conoscendoli e ricercandoli allorché si debbono prendere decisioni importanti; infatti , secondo il premio Nobel Daniel Kahneman(10,11) noi tutti utilizziamo due diversi processi decisionali (ognuno dei quali può articolarsi con varie modalità): quello dei “ pensieri veloci”(rapidi,automatici, spesso efficaci ma rigidi) e quello dei “pensieri lenti” (analitici, controllati, faticosi ma flessibili). Nella medicina moderna il modello veloce si sta sempre più affermando, anche se è più spesso gravido di errori

Conoscere queste strategie decisionali e gli errori che possono comportare ci offre un importante strumento di miglioramento della nostra pratica e di difesa dalle conseguenze dell’errore.
L’elenco completo delle principali percorsi cognitivi e degli errori che possono comportare è di decine di possibili bias (12). Ne elenchiamo i più importanti e frequenti nella pratica medica...(13)

[b]Elenco dei più frequenti bias in medicina[/b]

1. [b]Euristica della Disponibilità(Availabilty)[/b]:è la tendenza a giudicare come più probabile la ipotesi diagnostica che più facilmente si prospetta perché più semplice o più frequente (Esempio: Febbre elevata in periodo influenzale: trattata come influenza mentre è una sepsi)
2. [b]Fenomeno dell’Ancoraggio(Anchoring[/b]): il medico tende a “fissarsi” su una ipotesi iniziale legata ad un precedente inquadramento del caso o ad una prima impressione legata alla modalità di presentazione dello stesso(Esempio Paziente con BPCO che presenta una crisi dispnoica notturna e viene trattato con broncodilatatori anche se è una asma cardiaca…)
3. [b]Effetto Cornice (Framing Effect)[/b]: la modalità in cui si presenta il caso influenza fortemente il giudizio: un paziente inviato dalla accettazione in un reparto specialistico sarà valutato quasi esclusivamente da quella prospettiva(Paziente obeso diabetico iperteso con steatosi epatica edemi e modesto ascite ricoverato in reparto gastroenterologico e dimesso con diagnosi di cirrosi torna dopo alcuni giorni per edema polmonare: la diagnosi iniziale corretta era di scompenso cardiaco dx…)
4. [b]Pensiero Verticale (Vertical line thinking)[/b]: è la tendenza alla rigidità ed alla riproposizione di schemi già validati ma non ottimali in situazioni nuove o particolari (le mille occasioni in cui si sfogliano le linee guida anziché ri-visitare e ri-ascoltare il paziente)
5. [b]Ricerca delle sole conferme (Confirmation Bias)[/b]: è la ricerca di dati di conferma della ipotesi formulata anziché di dati che possano smentirla e/o suggerire ipotesi alternative(ricordare Popper: ogni acquisizione si rafforza se si verificano prima di tutto i dati che possano invalidarla..)
6. [b]Euristica della Rappresentatività (Representativeness restraint)[/b]: avviene quando si valorizzano solo le caratteristiche tipiche di una malattia e si fa la diagnosi trascurando dati che rendono possibili altre diagnosi (esempio: Ittero e Febbre> colangite? NO Leptospirosi…)
7. [b] Col senno di poi (Hindsighit bias)[/b]: 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.(E’un bias molto frequente nella medicina legale, nella radiologia e… nella giurisprudenza: chissà se i Giudici leggono gli articoli sull’errore)
8. [b] Eccessiva Sicurezza (Overconfidence bias)[/b]: è l’atteggiamento di chi sopravvaluta le proprie conoscenze ed il proprio fiuto diagnostico: si prendono pertanto decisioni senza approfondire i problemi (E’ un bias frequente tra i medici esperti ed in genere coloro che si ritengono "bravi")

Cinque consigli utili per ridurre gli errori cognitivi

1) Ricordare che non esistono diagnosi facili: anche i "casi facili" possono avere risvolti od evoluzioni inattese…
2) Quando la diagnosi ci appare scontata mettiamola in dubbio noi stessi prima che lo facciano gli altri: cosa altro potrebbe essere?
3) Oltre alle conferme cerchiamo sempre i dati che possono smentire la nostra diagnosi: se questi sono pochi e deboli la nostra diagnosi si rafforza.
4) Nelle diagnosi difficili ricordiamo che possiamo usare diverse strategie diagnostiche; usiamone sempre più di una: se portano alla stessa diagnosi questa è probabilmente corretta
5) Ricordiamo l'insegnamento dei nostri grandi Maestri: se ricerchiamo sistematicamente l'errore sbaglieremo sempre meno…

Riccardo De Gobbi

Continua nella terza parte ove sarà riportata la Bibliografia