L’ Errore in Medicina: conoscere le Euristiche ed i Bias

Data 26 maggio 2024
Categoria professione

Quarta ed ultima pillola della serie. Le precedenti sono state pubblicate il 14/4; 28/4; 12/5.

I medici da secoli nel percorso diagnostico adottano strategie differenziate a seconda dei dati a disposizione e del contesto; non sempre sono consapevoli che le diverse strategie hanno punti di forza e di debolezza, che potranno a seconda dei casi favorire una diagnosi corretta e magari anche rapida, oppure indurre in errori talora pericolosi.

Le strategie diagnostiche sono un tipo particolare di strategie decisionali studiate da una branca della psicologia cognitiva (psicologia della decisione); il premio Nobel Kahneman coadiuvato da Tversky negli anni ‘70 dimostrarono che noi tutti per risolvere i problemi della vita usiamo spesso “scorciatoie decisionali” che selezioniamo nel corso del tempo in quanto si sono dimostrate utili veloci ed efficaci: definirono “euristiche” le strategie decisionali che usiamo, spesso“automaticamente”, ovvero inconsapevolmente. Anche nella diagnosi il più delle volte non ricorriamo a particolari finezze logiche ma piuttosto usiamo queste strategie comuni che tuttavia sono tutt’altro che accurate e raffinate!

Una delle più rilevanti conclusioni che i due grandi psicologi derivarono dalle loro ricerche è che tutte queste strategie possono aiutarci a prendere decisioni corrette in tempi brevi ma al tempo stesso possono indurci in insidiosi errori che sono legati alle specifiche procedure adottate: in altre parole può essere giustificato utilizzare “scorciatoie cognitive” ma è importante essere consapevoli che ogni scorciatoia cela una trappola: quindi utilizziamo pure le scorciatoie ma evitiamone le trappole!!!
Ogni strategia decisionale (Euristica) cela dunque un potenziale “vizio di ragionamento” che viene definito “Bias”.
Ecco l’elenco delle principali Euristiche con i relativi Bias (per i bias poco conosciuti riportiamo tra parentesi qualche esempio e commento).

Euristica della Disponibilita (Availabilty): è la tendenza a giudicare come più probabile la ipotesi diagnostica che piu facilmente si prospetta perchè piu semplice o piu frequente (*è utile nella larga maggioranza dei casi ma non nella residua minoranza: in medicina non possiamo permetterci di sbagliare “solo” nella minoranza dei casi*)

Fenomeno dell’Ancoraggio (Anchoring): il medico tende a “fissarsi” su una ipotesi iniziale legata a una precedente analoga diagnosi corretta o ad una prima impressione legata alla modalità di presentazione del caso clinico (*è una strategia insidiosa che ignora i casi meno frequenti o meno tipici*)

Euristica della Rappresentatività(Representativeness restraint): avviene quando si valorizzano solo le caratteristiche tipiche di una malattia trascurando dati che rendono possibili altre diagnosi o quando non si fa una diagnosi perche manca un elemento al quadro tipico *(esempio: crisi ipoglicemica che si presenta come semplice “rallentamento psichico” senza sudorazione né perdita di coscienza: anche questa è una strategia insidiosa che ignora i casi meno frequenti o meno tipici*)

Fenomeno dell’Aspettativa (Ascerteinment bias): si verifica quando il medico tende a cercare ciò che si aspetta di trovare: anamnesi,esame obiettivo ed accertamenti sono influenzati dalle attese del medico (*esempio: febbre elevata con raffreddore in uomo anziano: diagnosi:” forma virale”-Diagnosi Reale: infezione urinaria in ritenzionista cronico raffreddato) (strategia frequente nel medico super impegnato: può andar bene per alcuni specialisti i cui pazienti presentano uno spettro molto ridotto di malattie..*)

Effetto Cornice (Framing Effect): la modalita in cui viene presentato(o si presenta) il caso influenza fortemente il giudizio. In ambito diagnostico si tende molto piu spesso a confermare, cercando dati di conferma di una ipotesi, anziché cercare di smentirla per valutarne la solidità(*situazione simile alla precedente: stesso commento....*)

Bias della ‘Aggregazione’ (Aggregate bias):
Si verifica allorché il medico aggrega diverse caratteristiche presenti nella maggior parte di quei di pazienti e le adatta al paziente che ha di fronte, anziché valutarne la peculiarità *(esempio diagnosi di colon irritabile in paziente in realtà affetto da angina abdominis a sintomatologia irregolare) (situazione simile alle due precedenti: stesso commento....*)

Inerzia Diagnostica-Terapeutica (Omission Bias): è la tendenza a non intervenire per non complicare le cose, in base a un malinteso principio di non-maleficenza. (*può essere utile e magari giusticata ma solo in una minoranza di casi*)
Pensiero Verticale (Vertical line thinking): è il “pensiero verticale” che segue percorsi pre-definiti, accetta quanto già proposto da persone o enti autorevoli senza valutare criticamente l’applicazione della etichetta al singolo caso. E’l’opposto del”pensiero laterale”alla continua ricerca del nuovo ed inaspettato.(esempio classico: le diagnosi degli specialisti raramente vengono valutate criticamente da coloro che non sono specialisti in quella branca, ma anche gli specialisti possono sbagliare..)(*il conformismo in medicina può aiutare il medico a far carriera ma non aiuta i pazienti…*
)

Incapacita di Estrarre i dati (Failure to unpack): è la incapacità di cogliere gli elementi significativi e di rielaborarli costruendo una ipotesi alternativa: si ripiega invece sulla ipotesi più comoda(esempio la classica diagnosi di "influenza" per tutte-o quasi- le forme febbrili invernali) (*La pigrizia in medicina non aiuta i pazienti…*)

Ignoranza delle Frequenze reali (Base-rate Neglect): valutazione errata (sopra o sotto valutazione) della reale prevalenza e/o incidenza di una malattia: può portare ad un uso inappropriato di risorse ed alla sottovalutazione di ipotesi alternative, più frequenti.(*Andiamo sul difficile: bravi coloro che cercano di stimare prevalenza, incidenza, valore predittivo degli esami..*)

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.(*Frequente nei giovani, con il tempo si impara a saper attendere…*)

Ricerca delle sole conferme (Confirmation Bias): è la ricerca di dati di conferma della ipotesi formulata anzichè di dati che possano smentirla e/o suggerire ipotesi alternative.(*vivamente consigliata la lettura di "Karl Popper: Congetture eConfutazioni"*)

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 *vivamente consigliata la lettura di "Karl Popper: Tutta la vita è risolvere problemi "*)

L'Illusione dello Scommettitore (Gambler's fallacy): e 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! *Meglio non commentare…*)

Col senno di poi (Hindsighit 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(*ad 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 informazioniintermedie(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 verso i quali si nutrono sentimenti positivi*)

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.(*E' uno degli errori legati alla esperienza: ci si sopravvaluta. La funzione autocritica del medico è sempre essenziale!!!*)

Giocare con le Probabilta (Playing the odds): è l'utilizzo inconsapevole o volontario della stima grossolana delle probabilita 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. *N.B.:Conoscere sé stessi ed esercitare costantemente la autocritica*)

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: in questi casi il medico andrebbe alleggerito di lavoro e responsabilità*)

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. (*han ragione psicologi e psichiatri quando sostengono che tutti i medici dovrebbero fare molta formazione psicologica*)
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. ..)(*il conformismo in medicina può aiutare il medico a far carriera ma non aiuta i pazienti…*)

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 buon medico è colui che esercita costantemente autocritica e critica, ambedue costruttive e non distruttive*)

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!)(*han ragione psicologi e psichiatri quando sostengono che tutti i medici dovrebbero fare molta formazione psicologica*)



Riccardo De Gobbi e Giampaolo Collecchia

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

Per iniziare a conoscera la Intelligenza Artificiale in Medicina:
Giampaolo Collecchia e Riccardo De Gobbi: Intelligenza Artificiale e Medicina Digitale Il Pensiero Scientifico Ed. Roma 2020
pensiero.it/catalogo/libri/pubblico/intelligenza-artificiale-e-medicina-digitale