

# Gli errori nella pratica della Medicina Generale

Roberto Fassina, Riccardo De Gobbi, Giorgio Brigato

Medici di Medicina Generale, Docenti nella Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale Regione Veneto

## Introduzione

Il Medico di Medicina Generale (MMG) si trova ad affrontare quotidianamente una grande quantità di problemi, quanto mai diversificati e complessi, con notevoli possibilità di errore. Nel mondo occidentale la larga maggioranza dei contenziosi tra pazienti e medici riguarda errori verificatisi in ambito ospedaliero. In medicina generale, e in tutto l'ambito delle cure primarie, le vertenze paziente-medico sono meno frequenti, verosimilmente perché le conseguenze dell'errore sono meno gravi, e probabilmente perché il medico di medicina generale è in grado di utilizzare una buona relazione con il paziente per minimizzare l'impatto dell'errore<sup>1</sup>.

Scopo dell'articolo è valutare i principali contributi che la letteratura ci offre su questo importante problema, e recepire indicazioni sull'approccio sistemico e cognitivo all'errore in medicina generale (MG), evitando i possibili bias<sup>2,3</sup>.

## Definizione

Nel 1999 l'Institute of Medicine degli Stati Uniti pubblicò un documento in cui si definisce l'errore come: "fallimento nella pianificazione e/o nella esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato"<sup>4</sup>. La letteratura dedicata all'errore in MG evidenzia come primo problema proprio quello della eterogeneità della definizione di errore, ora definito come "incidente critico", ora come *risk management* ora come evento che "non si sarebbe dovuto verificare"<sup>5</sup>; definizioni comunque fondate su classificazioni create in ambienti ospedalieri<sup>5-7</sup>.

Più recentemente si è adottata una definizione operativa dell'errore diagnostico

includendovi non solo le diagnosi errate, ma anche le diagnosi mancate o quelle ritardate<sup>9,10</sup>. Un recentissimo lavoro inglese di Cheraghi-Sohi et al. definisce gli errori come una *missed opportunity*, cioè un'opportunità perduta per fare una diagnosi corretta e tempestiva che li possa prevenire<sup>11</sup>.

## Classificazione

Il secondo problema è quello della classificazione degli errori; anche in questo ambito ci confrontiamo con una grande eterogeneità. Il ventaglio di ricerche ne comprende alcune che esaminano tanto il ragionamento diagnostico – approccio cognitivo –<sup>12,13</sup>, 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<sup>14</sup>.

## Metodologia

Il terzo problema è quello delle metodologie utilizzate nei vari studi, anche queste piuttosto eterogenee. Vengono utilizzati questionari, indagini retrospettive, esami di referti autoptici e indagini laboratoristiche e/o strumentali. I più comuni bias riscontrati in questi studi sono: bias di **selezione**, bias di **registrazione e classificazione**, bias di **self-reporting** (variabilità inter-individuale nel rendicontare i fatti).

I primi studi sugli eventi potenzialmente dannosi nel setting delle cure primarie risalgono al 1997 ma ci forniscono indicazioni limitate<sup>5,15</sup>. Solo nel 2002 è stato condotto uno studio su 42 medici di cure primarie americani che fornirono 344 report con 330 errori valutabili<sup>8</sup>. I risultati dello studio confermano che nella medicina di famiglia

vi è una tipologia di errori sostanzialmente diversa dalla medicina praticata negli ospedali. Solo una minoranza degli errori – 46 su 330 (13,4%) – è riconducibile a mancanza di conoscenze o di capacità clinico/professionali; la larga maggioranza (82%) è inquadrabile in errori di processo: informazioni non disponibili tempestivamente, errori nella filiera delle indagini di laboratorio, errori nel processo di cura, errori nel processo di comunicazione. Una revisione della letteratura effettuata nel medesimo anno<sup>16</sup> conferma questi dati<sup>17-19</sup>.

Per quel che concerne gli errori imputabili ai medici una ricerca su 324 medici australiani riporta 805 "incidenti", il 76% dei quali prevenibili; gli errori sono classificati in base alle cause: errori di giudizio clinico, errori di comunicazione, errori compiuti da altri e non corretti dal medico. In base all'ambito nel quale si è verificato l'errore gli Autori distinguono l'ambito diagnostico, quello terapeutico (farmacologico e non farmacologico) e quello legato all'attività diagnostica-strumentale<sup>6</sup>. Un altro interessante lavoro è stato effettuato nel data base di *risk management* di 8 *primary care clinics*: è stata rilevata una prevalenza di 3,7 eventi avversi ogni 100.000 visite effettuate: l'83% di questi eventi era prevenibile<sup>7</sup>. Un'indagine effettuata nel 2013 sugli errori diagnostici nel setting delle cure primarie<sup>20</sup> ci permette un interessante confronto con il sopracitato studio americano del 2002 che, pur con metodologia diversa, tentava di formulare una classificazione esaustiva degli errori. Sono stati presi in considerazione 190 pazienti in 68 dei quali le diagnosi iniziali erano errate. Tali erronei responsi si riferivano a problemi comuni in MG quali broncopneumonia (6,7%), insufficienza cardiaca (5,7%), insufficienza renale acuta (5,3%), cancro non diagnosticato precoce-

mente (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. Si evidenzia anche che nel 19,5% dei casi l'errore era legato alla consulenza specialistica, nel 16% dei casi era dovuto al paziente, nel 13% ai test diagnostici. Conseguenze medio-gravi si erano verificate nel 73% dei casi e nel 14% si aveva avuto il decesso.

Nel 2007 è stato anche pubblicato un lavoro che si proponeva di utilizzare, in maniera integrata, tanto l'approccio cognitivo che quello sistemico nell'individuazione dell'errore in medicina generale<sup>21</sup>. Si tratta di uno studio osservazionale basato su segnalazioni confidenziali ma non anonime di alcune decine di medici di cinque strutture sanitarie di *Primary Care* del West Midlands(UK). Dal punto di vista cognitivo erano esaminabili 47 segnalazioni, in 39 delle quali era chiaramente evidenziabile un errore cognitivo. Dal punto di vista sistemico problemi di organizzazione e di processo sono stati rilevati in 71 su 78 segnalazioni: in 37 casi (47%) vi era un eccessivo carico di lavoro, in 22 casi (28%) una eccessiva frammentazione delle mansioni, in 12 casi (15%) problemi di comunicazione.

Un recente lavoro tedesco del 2015 mette in evidenza come gli errori medici più comuni siano quelli di natura "cognitiva", seguiti dagli errori "di sistema" e da quelli senza una chiara colpa del medico. Gli errori cognitivi erano dovuti prevalentemente a quelle "scorciatoie mentali" che conosciamo col nome di *strategie euristiche*<sup>1</sup>.

Sing et al. hanno cercato di definire la frequenza degli errori diagnostici esaminando tre studi su una popolazione adulta degli US, seguita e curata in ambiente extraospedaliero. L'incrocio dei dati ha evidenziato una frequenza di errore del 5,08%. Un paziente su 20 ogni anno va incontro a un errore diagnostico, la metà dei quali risulta potenzialmente nocivo<sup>10</sup>.

Lo studio inglese sopracitato di Cheraghi-Sohi et al. si è proposto di studiare l'errore seguendo un percorso diverso, definendo l'errore come *missed opportunity*. Tale studio si propone tre obiettivi: misurarne l'in-

cidenza, identificarne i fattori concomitanti e contribuenti, determinarne il potenziale impatto sui pazienti, attraverso la revisione accurata e articolata di documenti manuali e digitali in 50 *general practices*. Infatti in UK non ci sono studi epidemiologici di larga scala sull'errore e sui suoi possibili danni, nella *primary care*. Gli errori diagnostici rimangono un ambito della sicurezza dei pazienti relativamente poco conosciuto e misurato. Tra i dati da registrare, ritenuti importanti e potenzialmente associati all'errore, sono stati proposti: la polipatologia, il giorno della settimana, il luogo della consultazione, le caratteristiche del medico e del paziente, e la tipologia della "medicina di gruppo"<sup>11</sup>.

### L'approccio cognitivo all'errore in medicina generale

Riteniamo opportuno escludere da questa analisi gli errori legati a scarsa conoscenza della materia o addirittura a negligenza, imprudenza e imperizia perché essi rientrano nell'ambito della *malpractice*.

È invece interessante e utile esaminare gli errori legati all'ambito cognitivo e metodologico, spesso inconsapevoli e in parte inevitabili, errori che compiamo scegliendo strategie inappropriate o non ottimali, o scivolando in uno dei numerosi bias diagnostici<sup>3</sup>.

Vi sono pochi studi dedicati all'approccio cognitivo all'errore in MG: la maggior parte delle indicazioni ci pervengono da estrapolazioni di studi fatti in altri settori o da studi limitati ancorché originali.

Per ciò che concerne le strategie diagnostiche alcuni lavori inglesi e uno italiano hanno evidenziato che il procedimento logico classico di formulazione di una ipotesi, della sua convalida o smentita (con eventuale formulazione di una ipotesi alternativa) non è in realtà quello più frequentemente usato in MG. Più spesso infatti vengono usate strategie di diagnosi veloce che consentono di dare una risposta al problema del paziente nei primi minuti di contatto.

Le strategie veloci (euristiche) più spesso utilizzate in Regno Unito e in Italia sono la *spot diagnosis* (es. si diagnostica una lombalgia acuta allorché si vede entrare il paziente in studio con la schiena rigida ed inclinata in avanti) il *patient complaint*

(diagnosi basata sul sintomo esplicitato dal paziente: es. cefalea) ed il *pattern recognition* (riconoscimento di un *pattern* caratteristico: es. quello dell'herpes zoster<sup>22-24</sup>). Queste strategie sono tanto più efficaci quanto maggiore è l'esperienza del medico ma possono condurre a errori anche gravi.

Altre strategie frequenti in MG sembrano essere "l'effetto cornice", legato alla "euristica della disponibilità", (decisione in base ai "dati disponibili", cioè al "sapere di sfondo" su quel dato paziente); il bias dell'"ancoraggio" (esasperazione del meccanismo mentale di "ancorarci" alla/e diagnosi fatte precedentemente); il bias del "*pensiero verticale*" (accettazione, in maniera acritica, di diagnosi e terapie proposte da colleghi ritenuti per diversi motivi più autorevoli<sup>12-13</sup>).

Recentemente, ai fini di ridurre gli errori diagnostici, sono state proposte anche delle *check list* di ausilio<sup>25-26</sup>.

### L'approccio sistemico all'errore in medicina generale

Una revisione della letteratura di ottima qualità sugli studi dedicati al sistema di diagnosi e cure (coordinamento, efficienza ed efficacia diagnostico-terapeutica) è stata pubblicata nel 2008 dal "New England Journal of Medicine". Sono stati esaminati solo gli studi più rilevanti pubblicati in lingua inglese sulla continuità delle cure tra i diversi settori del sistema sanitario di riferimento. I dati raccolti sono sorprendenti; ne riportiamo una breve sintesi<sup>27</sup>:

- 1) nel 2004 il 30% dei pazienti visitati nei dipartimenti di emergenza segnarono come il proprio medico di fiducia non fosse stato informato sulle cure da essi ricevute nel corso del ricovero;
- 2) uno studio effettuato nel 2005 ha evidenziato come il 33% circa dei pazienti ospedalizzati nel biennio precedente non è stato inserito in alcun programma di controllo;
- 3) una revisione della letteratura sulla trasmissione di informazioni tra Ospedali e Territorio ha evidenziato come solo nel 20% dei casi sia stata regolarmente segnalata al medico di fiducia la dimissione; nel 25% dei casi la lettera di dimissione non pervenne mai al medico

curante. Nel 66% dei casi il medico di fiducia fu costretto a prendere in carico il paziente prima di avere ricevuto dalla struttura ospedaliera un resoconto sia pure sommario sul ricovero;

- 4) una indagine condotta nel 2005 ha posto in evidenza che solo il 33% degli adulti ricoverati cui era stata modificata la terapia hanno ricevuto indicazioni chiare in merito alla eventuale modifica o sospensione della terapia precedente;
- 5) un altro studio ha evidenziato che il 75% dei medici territoriali non ha comunicato ai pazienti il risultato di un test diagnostico normale e il 13% non ha neppure informato i pazienti su risultati anormali;
- 6) una indagine del 2004 ha evidenziato che il 18% dei pazienti ha ottenuto informazioni contrastanti dai diversi medici che li avevano visitati e il 41% di coloro che assumevano terapie continuative segnalavano come i vari medici curanti raramente operassero modifiche o revisioni;
- 7) uno studio ha evidenziato come il 50% dei pazienti è uscito dallo studio del medico senza aver compreso ciò che il medico aveva comunicato;
- 8) in una indagine su pazienti diabetici, cui era stato chiesto di ripetere le indicazioni fornite dal medico, il 47% dei pazienti ha fornito risposte errate, indicando una mancanza di chiarezza nelle spiegazioni fornite dal medico.

Sono passati alcuni anni dalla pubblicazione dei lavori citati ma non sono apparsi nella letteratura internazionale esperienze che abbiano consentito significativi miglioramenti nel difficile e complesso ambito della continuità delle cure, che rimane pertanto una importante e spesso incontrollata fonte di errori.

## Riflessioni conclusive

Le ricerche effettuate sul processo diagnostico-terapeutico hanno evidenziato come elementi critici gli errori cognitivi del medico, ma anche la comunicazione e la trasmissione delle informazioni tra i vari operatori sanitari, il coordinamento degli interventi, le incertezze di interpretazione delle indagini diagnostiche e strumentali, l'assenza o l'inadeguatezza della supervisione e/o del *feed-back*, nonché una cultura e una legislazione che tendono a punire l'errore anziché utilizzarlo per migliorare.

L'informatizzazione sarà certamente una pre-

ziosa alleata per i MMG, in particolare nella continuità delle cure. Se l'approccio sistemico all'errore nasce in strutture di elevata complessità, è tuttavia utile e ormai indispensabile la sua introduzione in MG, accanto a una pratica di audit o di self-audit condotta con gli strumenti della psicologia cognitiva. L'approccio sistemico trova la propria applicazione ottimale nella gestione di pazienti complessi e/o multiproblematici specie in presenza di problemi socio-assistenziali. La recente rifondazione della MG, in particolare con la promozione delle medicine di gruppo integrate e con i progetti di assistenza territoriale di 12-24 ore al giorno, rende indispensabile l'acquisizione di una nuova cultura di lavoro in *équipe*. L'approccio sistemico alla ricerca e prevenzione dell'errore è un momento fondamentale di questo processo culturale.

## Bibliografia

- 1 Buser C, Bankova A. [Diagnostic Errors in Medicine]. Praxis (Bern 1994) 2015;104:1375-8.
- 2 De Gobbi R, Fassina R. *L'errore in medicina – Parte prima*. Rivista SIMG 2013;(8):16.
- 3 De Gobbi R, Fassina R.. *L'errore in medicina – Parte seconda*. Rivista SIMG 2014;(1):1.
- 4 Institute of Health: *To Err is Human: building a safer health system*. Washington DC: The National Academies Press 2000.
- 5 Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL Jr, et al. *A preliminary taxonomy of medical errors in family practice*. Qual Saf Health Care 2002;11:233-8.
- 6 Britt H, Miller GC, Steven ID, et al. *Collecting data on potentially harmful events: a method for monitoring incidents in general practice*. Fam Pract 1997;14:101-6.
- 7 Bhasale A, Miller GC, Reid S, et al. *Analysing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study*. Med J Aust 1998;169:73-6.
- 8 Fischer G, Fetters M, Munro A, et al. *Adverse events in primary care identified from a risk-management database*. J Fam Pract 1997;45:38-9.
- 9 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;145:488-6.
- 10 Singh H, Meyer AN, Thomas EJ. *The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations*. BMJ Qual Saf 2014;23:727-31.
- 11 Cheraghi-Sohi S. et al. *Missed diagnostic opportunities and English general practice:*

*a study to determine their incidence, confounding and contributing factors and potential impact on patients through retrospective review of electronic medical records*. Implement Sci 2015;10:124.

- 12 Kroskerry P. *Achieving Quality in Clinical Decision Making: Cognitive Strategies and Detection of Bias*. Acad Emerg Med 2002;9;11:1184-2002.
- 13 Kroskerry P. *The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them*. Acad Med 2003;78:775.
- 14 Reason J. *Human Error: models and management*. BMJ 2000;320:768.
- 15 Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I*. N Engl J Med 1991;324:370.
- 16 Elder NC, Dovey SM. *Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: a synthesis of the literature*. J Fam Pract. 2002;51:927-32.
- 17 Holden J, O'Donnell S, Brindley J, et al. *Analysis of 1263 deaths in four general practices*. Br J Gen Pract 1998;48:1409-12.
- 18 Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, et al. *Communication breakdown in the outpatient referral process*. J Gen Intern Med 2000;15:626-31.
- 19 Britten N, Stevenson FA, Barry CA, et al. *Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study*. BMJ 2000;320:484-8.
- 20 Singh H, Davis Giardina TMA, Meyer A; et al. *Types and Origins of Diagnostic Error in Primary Care Settings*. JAMA Intern Med 2013;173:418-25.
- 21 Kostopoulou O, Delaney B. *Confidential reporting of patient safety events in primary care: results from a multilevel classification of cognitive and system factors*. Qual Saf Health Care 2007;16:95-100.
- 22 Heneghan C, Glasziou P, Thompson M. *Diagnostic strategies used in primary care*. BMJ 2009;338:b946.
- 23 Norman G. *Building on experience – the development of clinical reasoning*. N Engl J Med 2006;355:2251-2.
- 24 De Gobbi R, Di Marco L, Fassina R. *Strategie diagnostiche in Medicina Generale*. Rivista SIMG 2011;(6):3-8.
- 25 Ely JW, Graber ML, Croskerry P. *Checklists to reduce diagnostic errors*. Acad Med 2011;86:307-13.
- 26 Balla J, Heneghan C, Goyder C, et al. *Identifying early warning signs for diagnostic errors in primary care: a qualitative study*. BMJ Open 2012;2:e001539.
- 27 Bodenheimer T. *Coordinating Care- a Perilous Journey through the Health Care System*. N Engl J Med 2008;358:1064-71.