



ERRORE DIAGNOSTICO: IL PUNTO DI VISTA DEL RISK MANAGER



IL PROBLEMA NEL 1991....

THE NATURE OF ADVERSE EVENTS IN HOSPITALIZED PATIENTS

Results of the Harvard Medical Practice Study II

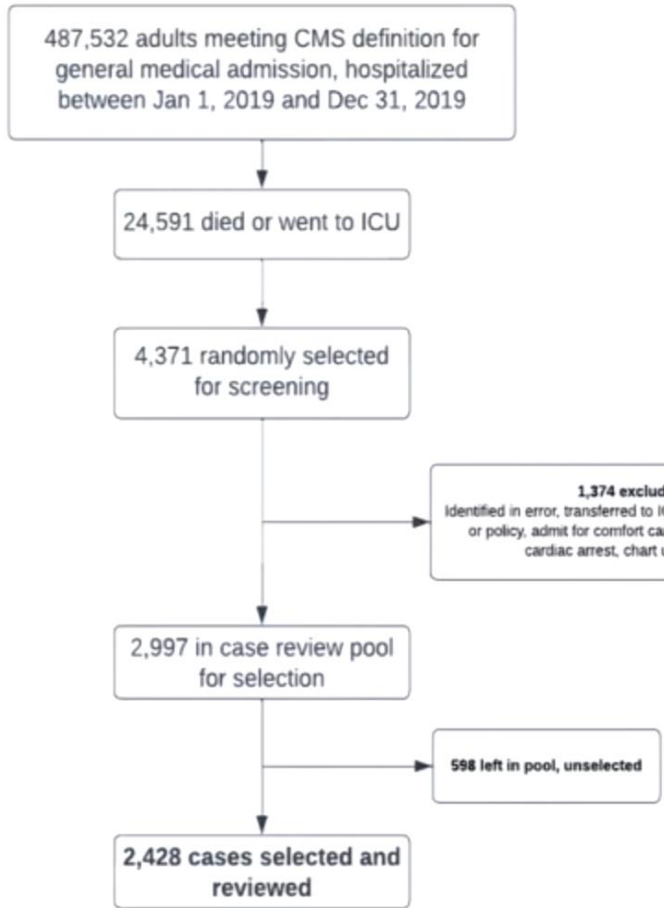
LUCIAN L. LEAPE, M.D., TROYEN A. BRENNAN, M.D., J.D., M.P.H., NAN LAIRD, PH.D.,
ANN G. LAWTHERS, SC.D., A. RUSSELL LOCALIO, J.D., M.P.H., BENJAMIN A. BARNES, M.D.,
LIESI HEBERT, SC.D., JOSEPH P. NEWHOUSE, PH.D., PAUL C. WEILER, LL.M., AND HOWARD HIATT, M.D.

Table 1. Types of Adverse Events and Proportion of Events Involving Negligence.

TYPE OF EVENT	NO. OF EVENTS IN SAMPLE	WEIGHTED PROPORTION OF EVENTS*		
		IN POPU- LATION	DUE TO NEG- LIGENCE	WITH SERIOUS DISABILITY
<i>percent</i>				
Operative				
Wound infection	160	13.6	12.5†	17.9
Technical complication	157	12.9	17.6	12.0†
Late complication	137	10.6	13.6‡	35.7
Nontechnical complication	87	7.0	20.1	43.8
Surgical failure	58	3.6	36.4	17.5
All	599	47.7	17.0	24.0
Nonoperative				
Drug-related	178	19.4	17.7†	14.1†
Diagnostic mishap	79	8.1	75.2†	47.0‡
Therapeutic mishap	62	7.5	76.8†	35.4
Procedure-related	88	7.0	15.1	28.8
Fall	20	2.7	—	—
Fracture§	18	1.2	—	—
Postpartum¶	18	1.1	—	—
Anesthesia-related	13	1.1	—	—
Neonatal	29	0.9	—	—
System and other	29	3.3	35.9	36.0
All	534	52.3	37.2	25.3
Total	1133	100.0	27.6	24.7



...E NEL 2024



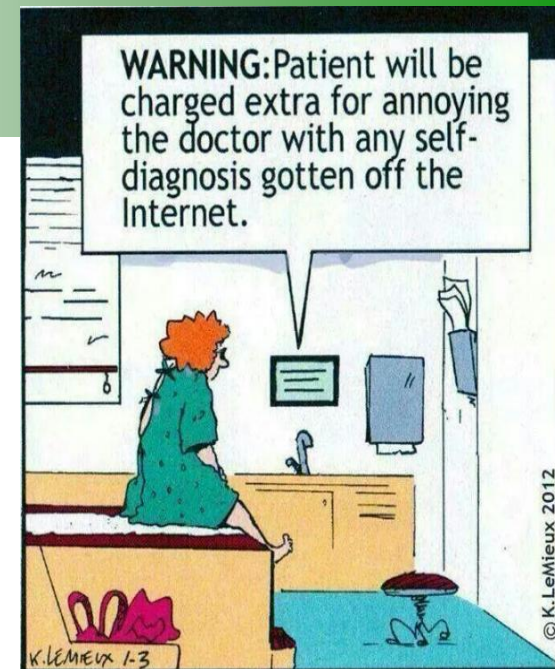
- **23%** of patients had a diagnostic error
- Errors caused temporary or permanent harm, or death in **18%**.
- In patients who died, a diagnostic error contributed to death in **7%**



CONTENZIOSO RL – 1999/2020

Ospedale

CLASSIFICAZIONE EVENTO	Richieste Risarcimento Danni	%	CUM
ERRORE CHIRURGICO	10.872	25,9%	26%
ERRORE DIAGNOSTICO	8.780	20,9%	47%
CADUTA	3.467	8,3%	55%
ERRORE TERAPEUTICO	3.281	7,8%	63%
DANNEGGIAMENTO COSE	2.716	6,5%	69%
INFEZIONI	2.314	5,5%	75%



OSPEDALE

CLASSIFICAZIONE EVENTO	Totale Liquidato	%
ERRORE CHIRURGICO	377.858.736	32,1%
ERRORE DIAGNOSTICO	342.674.404	29,1%
ERRORE TERAPEUTICO	132.812.361	11,3%

OSPEDALE

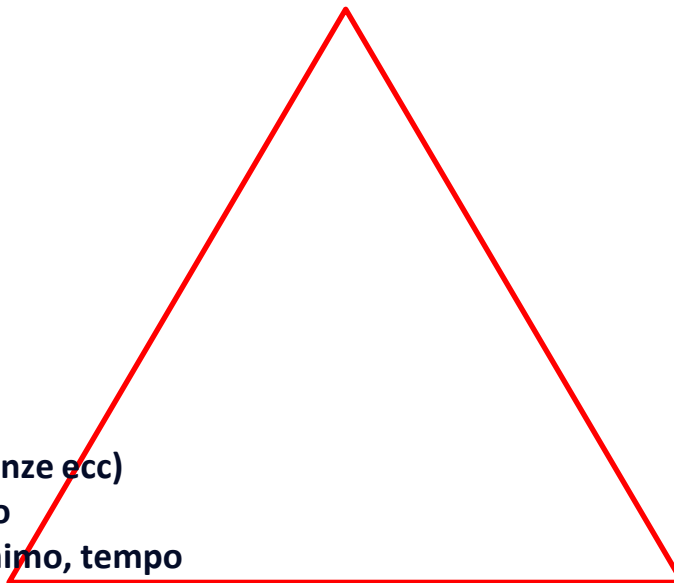
Classificazione Evento	Conteggio	Somma	media	dev standard	max
ERRORE DIAGNOSTICO	1.338	189.582.708	141.691	262.844	3.033.920
ERRORE CHIRURGICO	1.644	150.767.578	91.708	185.732	4.500.000



Διάγνωση: capire e riconoscere attraverso «segni»

VARIABILI PAZIENTE

- Stadio della patologia
- Come si manifesta
- Come è percepita
- Come è descritta
- Quando pz. cerca aiuto



VARIABILI MEDICO

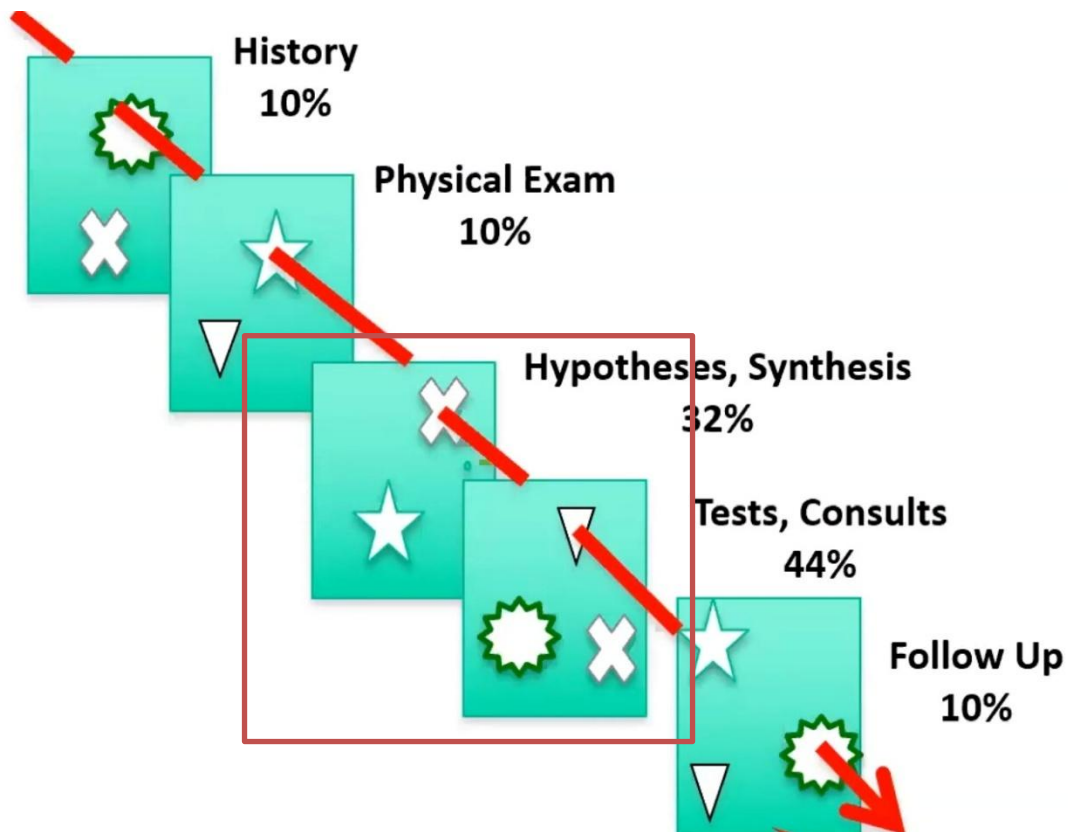
- Conoscenza ed esperienza
- Accesso ai dati (test, consulenze ecc)
- Skill nel ragionamento clinico
- Stress, distrazioni, stato d'animo, tempo per ragionare

VARIABILI SISTEMA

- Mancanza di coordinamento
- Barriere alla comunicazione
- Capacità di teamwork
- Pressioni a produrre
- «Tight coupling»
- Informatizzazione a isole



PUNTI CRITICI DEL RAGIONAMENTO DIAGNOSTICO



DANNO



ERRORE DIAGNOSTICO: UN COMPLESSO PROBLEMA TEORICO

Sfortunatamente, l'identificazione del ragionamento diagnostico inesatto e dell'errore diagnostico spesso avviene **successivamente** a quando si è verificato l'errore. L'indagine **retrospettiva** sui fattori che hanno contribuito alla diagnosi errata/ritardata sono tuttavia a forte rischio di **bias**.

Questi includono il bias «del senno di poi» e il bias «del risultato».

- ✓ Il **pregiudizio del senno** di poi («Hindsight bias») sovrastima la propria capacità di predire una diagnosi corretta se fosse stato chiesto di farlo prima di sapere la diagnosi.
- ✓ La **distorsione del risultato** («Outcome bias») è la propensione a giudicare accuratamente una decisione dopo che è avvenuto il suo esito piuttosto che sulla base delle informazioni disponibili al momento della decisione



ERRORE DIAGNOSTICO: UN COMPLESSO PROBLEMA TEORICO

Il ragionamento diagnostico è stato storicamente trattato come intrinseco al singolo medico, probabilmente a causa della difficoltà nel visualizzare e misurare la cognizione in base alla complessità intrinseca e alla natura interna dei processi mentali.

Tuttavia, vi è ora un crescente riconoscimento del fatto che la cognizione umana è un'attività **complessa** e influenzata dal contesto, da bias cognitivi, risorse e ambiente fisico, sociale e tecnologico.

Di recente viene prestata attenzione anche alla **teoria del carico cognitivo** (CLT), un modello teorico che spiega come funziona la memoria umana e l'elaborazione delle informazioni, con particolare attenzione a come ottimizzare le risorse limitate della capacità cognitiva.

Studi hanno scoperto che il **sovraccarico cognitivo** riduce la flessibilità decisionale ed è associato a errori nei compiti operativi, inoltre tende a promuovere il pensiero «automatico» piuttosto che quello **cosciente e analitico**.



IL RAGIONAMENTO DIAGNOSTICO: FUNZIONAMENTO E BIAS

Un medico si appresta a valutare un paziente con presunta esordio di insufficienza cardiaca in un pronto soccorso affollato. Quando entra nella stanza del paziente, **vari tipi di memoria** si attivano ed iniziano a elaborare inconsciamente informazioni sensoriali rilevanti e irrilevanti: numero della stanza, voce e volto del paziente, mentre filtrano dall'esterno le sirene, i segnali acustici della telemetria e il caos dall'altra parte del corridoio.

Intanto subentra anche la memoria a lungo termine: la fisiopatologia dell'insufficienza cardiaca congestizia torna alla mente conscia del medico. Tutte le informazioni rilevanti provenienti sia dalla memoria sensoriale che da quella a lungo termine vengono inserite nella **memoria di lavoro** ma, in base ai vincoli della memoria di lavoro, si possono analizzare e applicare in modo critico solo **pochi contenuti alla volta**.

Nel frattempo il medico cerca di gestire il **carico cognitivo**: esame obiettivo del pz, richieste di esami, confronto con i colleghi e gli infermieri, compilazione della cartella clinica ecc. Infine utilizza una parte della capacità cognitiva per **estrarre schemi diagnostici** di insufficienza cardiaca congestizia da confrontare con la presentazione clinica di questo paziente rispetto alla tipica rappresentazione di un paziente con insufficienza cardiaca.



IL RAGIONAMENTO DIAGNOSTICO: FUNZIONAMENTO E BIAS

Fenomeno dell'Ancoraggio
(Anchoring bias): il medico tende a "fissarsi" su una ipotesi iniziale legata a un precedente inquadramento del caso o a una prima impressione legata alla modalità di presentazione dello stesso.

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

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.

Ricerca delle sole conferme
(Confirmation Bias): è la ricerca di dati di conferma della ricerca di dati di conferma della ipotesi formulata anziché di dati che possano smentirla e/o suggerire ipotesi alternative.

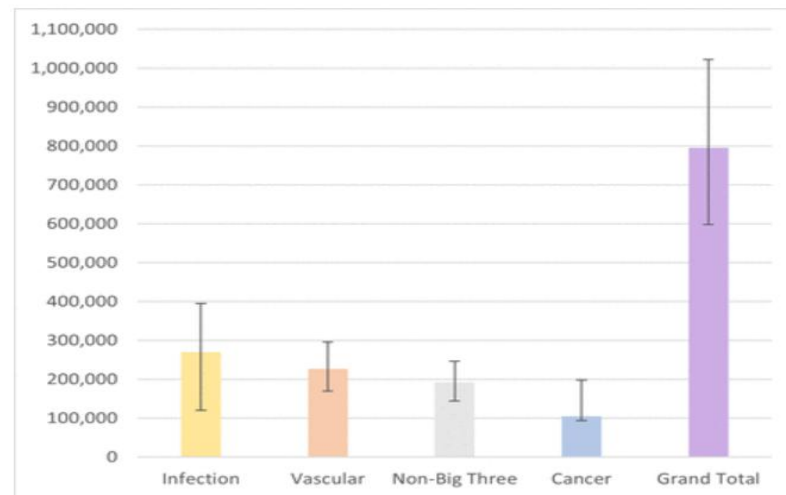
Eccessiva Sicurezza
(Overconfidence bias): è l'atteggiamento di chi sopravvaluta le proprie conoscenze e il proprio fiuto diagnostico: si prendono pertanto decisioni senza approfondire i problemi



DA DOVE PARTIRE? ALCUNE IPOTESI DI LAVORO

1) Raccogliere DATI nelle aree a rischio

- Malattie con sintomi aspecifici o sovrapposti
- Patologie rare o poco conosciute
- Emergenza/urgenza e TI
- Oncologia
- Pediatria
- Psichiatria



2) Riconoscere Diagnostica per Immagini e Laboratori come parte del TEAM DIAGNOSTICO

3) Sviluppare e potenziare un sistema di «privileging» maggiormente orientato all'apprendimento

4) Cercare gli errori, non aspettare passivamente la segnalazione.

5) Teamwork, teamwork, teamwork

6) Sfruttare al massimo le potenzialità della digitalizzazione in corso.



paolo.lehnus@asst-ovestmi.it