

Riconoscere l'incertezza in medicina e imparare a tollerarla

Parisio Di Giovanni

Corrispondenza

reallynewminds@gmail.com



Un libro per
approfondire

gennaio 2024



Onnipresente e spesso ignorata: una incongruenza che possiamo superare

Negli ultimi decenni si è accumulata una vasta letteratura scientifica sull'incertezza in medicina. Emerge come prima cosa una contraddizione: da un lato la medicina naviga costantemente nell'incertezza, dall'altro si tende a comportarsi come se ci fossero certezze. Lo dice bene Steven Hatch in un editoriale del 2017 sul *British Medical Journal* (1).

I pazienti, i medici e il pubblico in generale hanno bisogno di una migliore comprensione dei limiti della medicina. L'incertezza è onnipresente in medicina. Può essere vista in qualcosa di elementare come una diagnosi differenziale o di complesso come una nuova serie di linee guida da parte di una società professionale. Eppure l'incertezza è spesso ignorata come tema della medicina, la sua importanza sottovalutata e le sue conseguenze soppresse. Il pubblico potrebbe essere perdonato per considerare i medici come trafficanti di certezza, che producono diagnosi o riassumono ricerche con finalità trionfanti. In larga misura, noi partecipiamo a questa autoillusione e la incoraggiamo.

Le ricerche ci suggeriscono anche che, se professionisti e utenti prendono coscienza dell'incertezza, l'accettano e imparano a gestirla e tollerarla, la sanità migliora. Abbiamo anche buoni motivi per pensare che i cambiamenti socio-culturali in atto richiedano un approccio alla sanità che tenga in maggiore considerazione l'incertezza. Arabella Simpkin e Richard Schwartzstein (2), in un articolo in cui auspicano una rivoluzione culturale in medicina al passo con i tempi, dicono che “tollerare l'incertezza non è mai stato più urgente”. Se le cose stanno così, il fatto che si continui a misconoscere l'incertezza in medicina è un paradosso: ci rifugiamo in sicurezze inesistenti illudendoci di far meglio, ma facciamo peggio.

Evidentemente a ostacolare questo necessario cambiamento culturale in medicina ci sono resistenze e barriere, annidate a vari livelli, dalla visione professionale degli operatori alle aspettative sulla sanità dell'utenza, a carenze formative dei professionisti e della popolazione, al clima delle realtà sanitarie, all'assetto istituzionale, alla gestione politica. Le ricerche degli ultimi decenni hanno esaminato anche resistenze e barriere e indicato possibili azioni per superarle e promuovere consapevolezza e tolleranza dell'incertezza in medicina.

L'incertezza è davvero onnipresente in medicina?

Possiamo renderci conto di come in medicina l'incertezza sia pervasiva se ne consideriamo alcuni tipi che si incontrano abitualmente nella pratica clinica.

- 1) *Incertezza epistemica*. Davvero pensiamo di sapere tutto ciò che occorre sapere per risolvere un problema medico? Teniamo presente che c'è una *conoscenza in noi* e una *conoscenza fuori di noi*, il vasto sapere medico su quel problema. A volte ignoriamo cose che nel sapere medico si sanno. Altre volte siamo convinti di sapere cose che in realtà in scienza sono ignote. Inoltre le conoscenze mediche fuori di noi, come tutte le conoscenze scientifiche (3), sebbene siano di grande utilità, sono parziali e in continua evoluzione: non ci dicono tutto e sono verità provvisorie, destinate, come diceva Einstein, a divenire non verità. Ecco che i professionisti non possono fare semplicemente affidamento sul complesso di conoscenze acquisite nel loro curriculum, cosa che rappresenta una sfida e può mettere in crisi (4).
- 2) *Incertezza statistica*. In medicina ci basiamo su statistiche e tutto è probabilistico. Noi tendiamo a ragionare (la nostra mente umana, anche quella dei professionisti, funziona così) in modo tricotomico, in termini di vero, falso e dubbio. Ad esempio, per noi un test è positivo o negativo e nel caso ci interroghiamo sulla sua accuratezza. In realtà abbiamo tutta una gamma di probabilità: come dicono Simpkin e Schwartzstein (2), tutto è in scala di grigi e, diversamente da quello che pensiamo, non siamo in un mondo fatto di bianco e nero. Questo vale nella diagnostica, nelle scelte terapeutiche, nella valutazione di benefici, rischi ed effetti collaterali di trattamenti, come di azioni di prevenzione. Ma, se tutto è probabilistico, come facciamo ad avere certezze? Dobbiamo abituarci all'idea che per le nostre scelte è sufficiente che le incertezze siano di un grado legittimo, accettabili.
- 3) *Incertezza temporale*. Le vicende cliniche evolvono e diagnosi e terapia possono cambiare nel tempo. Un problema, di particolare rilievo nella medicina di base e di emergenza, è che le malattie, anche quelle gravi, si presentano in fase iniziale e certi segni di valore diagnostico possono venir fuori nel tempo. Il futuro però non è noto. Una strategia per gestire l'incertezza temporale è il *safety-netting*, la rete di sicurezza (5). Consiste in un attento monitoraggio, che si basa sulla comunicazione con pazienti e caregiver, ai quali l'incertezza va presentata chiaramente, evitando di rassicurare per non generare ansia, che vanno adeguatamente istruiti e con i quali occorre tenersi in costante contatto (6). Il primo passo comunque è che professionisti e utenti della sanità prendano coscienza dell'incertezza e si impegnino a gestirla.
- 4) *Incertezza logica*. La mente di tutti noi, compresa quella dei professionisti e degli esperti, è soggetta a errori di ragionamento, a tipiche distorsioni cognitive, biases, che ci fanno allontanare dalla razionalità. La nostra mente tende a non essere logica soprattutto perché ha risorse limitate (7) e perché è essenzialmente una mente sociale, fatta per cavarsela in mezzo agli altri (8). Ormai conosciamo bene i tipici errori di ragionamento commessi in medicina e nei quali cadono anche i medici, seppure in genere hanno prestazioni leggermente migliori (9). La correttezza dei ragionamenti può essere migliorata addestrandosi all'obiettività, se si impara a conoscere i tipici errori di ragionamento e a correggerli con la metacognizione, ragionando sui propri ragionamenti. Anche qui però c'è carenza nella formazione dei medici, come in generale nell'istruzione della popolazione. In ogni caso, visto che siamo soggetti a errori di ragionamento, dovremmo chiederci se in una diagnosi, una scelta terapeutica o una prognosi abbiamo fatto ragionamenti corretti e dubitare. Di qui l'incertezza.
- 5) *Incertezza decisionale*. Le decisioni sono sempre incerte, non fosse altro perché riguardano il futuro. In medicina l'incertezza è accentuata dal fatto che le decisioni sono relazionali. In gioco non ci sono solo gli aspetti tecnici, ma anche le ricadute delle scelte sulla vita dei pazienti e le preferenze di questi. Il paternalismo che a volte caratterizza i professionisti della sanità è in fondo un modo per sfuggire all'incertezza di decisioni relazionali semplificandole. Nei Paesi dove vige la pratica dell'*SDM (Shared Decision Making)*, che va oltre il consenso informato (10),

professionisti della sanità e pazienti, poco o tanto, sono costretti a fare i conti con l'incertezza decisionale. Questa è meno avvertita invece dove si è rimasti al paternalistico consenso informato.

Possiamo gestire l'incertezza?

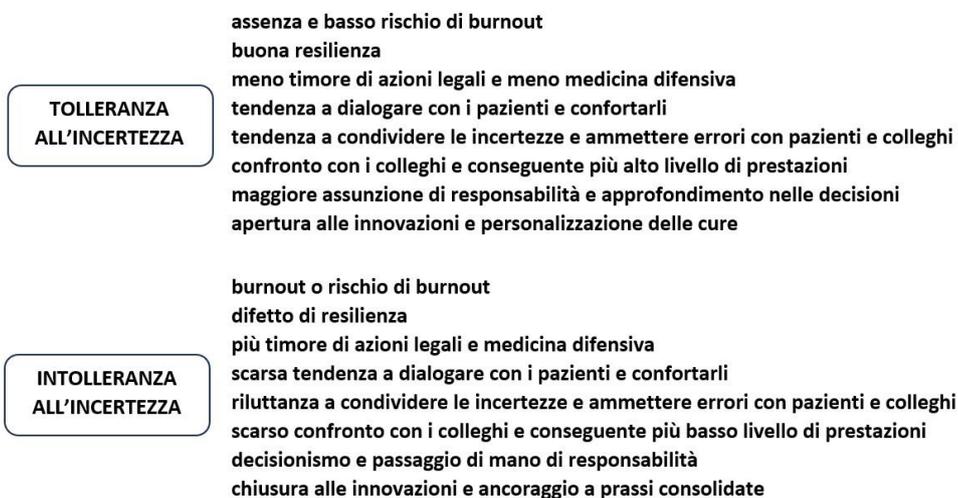
Il fatto che la certezza assoluta sia irraggiungibile non significa che in medicina non si possano prendere decisioni ottimali e operare in modo soddisfacente. Prendere atto dell'incertezza e, come dice Helen Macdonald (11), "abbracciarla" non vuol dire arrendersi e perdere padronanza. Al contrario abbracciare l'incertezza è il primo passo per imparare a tollerarla e gestirla quando si è alle prese con problemi che lo richiedono. Così si sviluppa la tolleranza all'incertezza, UT (*Uncertainty Tolerance*), oggi considerata importante nell'esercizio delle professioni sanitarie, nella fruizione dei servizi sanitari, come in generale nella vita.

Negli ultimi anni si è sviluppata una corposa letteratura sull'argomento. È stato definito il concetto di UT, mettendolo a confronto con concetti simili elaborati nel tempo in vari ambiti disciplinari, dalla psicologia clinica alla psicologia delle organizzazioni, alla sociologia, l'economia, il management (12). Sono stati costruiti test per misurare l'UT e altri costrutti simili, utilizzabili in vari ambiti, compresi alcuni pensati espressamente per la sanità. Fatto importante, si è chiarito che il livello di tolleranza all'incertezza di un individuo non dipende solo dalla sua personalità, ma varia con le situazioni e le condizioni in cui viene a trovarsi. Questo dice che in professionisti della sanità e utenti la tolleranza all'incertezza, a prescindere dalle tendenze personali, si può sviluppare attraverso la formazione o dialogando o facendo leva sull'ambiente sociale. Tuttavia, come dice Ludmerer (13), quella della tolleranza all'incertezza è una grande carenza dell'educazione medica. Una carenza simile si riscontra anche nell'educazione della popolazione che ha a che fare con la sanità.

Tollerare l'incertezza in medicina è vantaggioso?

I medici che stentano a tollerare l'incertezza o *esagerano nella ricerca di certezze* (ad esempio, moltiplicando esami, rinviando interventi, ecc.) o *scivolano nell'overconfidence*, sentendosi più sicuri del dovuto. In entrambi i casi hanno una comunicazione con colleghi e pazienti in cui non condividono le incertezze discutendone serenamente in vista di una ottimizzazione delle scelte.

Oggi disponiamo di varie indagini correlazionali che indicano svantaggi del basso livello di UT e vantaggi dell'alto UT. Da una rassegna di Tania Strout e colleghi (14) sulle ricerche in merito emergono varie correlazioni, stando alle quali è sicuramente preferibile che i professionisti della sanità tollerino l'incertezza. Lo schema riassume i diversi effetti della tolleranza e intolleranza all'incertezza nella pratica medica.



Gli studi indicano che anche i pazienti sono avvantaggiati se imparano a tollerare l'incertezza. C'è più benessere emotivo, migliore qualità della vita, meno euristica di affidarsi a esperti, più partecipazione a screening, più impegno per la salute. I pazienti che tollerano l'incertezza dialogano anche meglio con i professionisti della sanità.

Che fare?

Formazioni mirate, sia nel curriculum accademico che in seguito, possono aiutare a sviluppare tolleranza all'incertezza nei professionisti della sanità. Sono state sperimentate diverse strategie didattiche (15). Pratiche e interessanti sono la riflessione sulle incertezze di casi simulati o sperimentati e riportati in diari. Molto conta il modo in cui il docente si pone, in particolare che nel rapporto con gli allievi mostri di accettare l'incertezza e sia d'esempio.

La tolleranza all'incertezza degli operatori sanitari è favorita da ambienti lavorativi con un clima di rispetto e considerazione tra colleghi e verso gli utenti, in cui ci si apre e ci si confronta serenamente. Purtroppo abbiamo studi che ci dicono che per una serie di ragioni, anche organizzative e istituzionali, spesso un clima del genere manca (16, 17, 18). Favorisce la tolleranza all'incertezza dei professionisti della sanità anche la pratica della decisione condivisa (10), dato che ci si trova a condividere con i pazienti le incertezze delle scelte.

Per sviluppare e diffondere la capacità di gestire l'incertezza in sanità occorre comunque un cambiamento culturale a vari livelli, dal ripensamento della professionalità e dei titoli alla gestione dei servizi, alla comunicazione pubblica. Un tema delicato è quello delle linee guida, che da un lato sono d'aiuto, dall'altro possono favorire un senso di certezza illusorio, dato che hanno i loro limiti (19). Perciò vanno prese con la dovuta consapevolezza e cautela.

La tolleranza all'incertezza di pazienti e caregiver è favorita se i professionisti della sanità condividono con loro le incertezze, evitando di mostrare certezze illusorie e facendo così opera educativa nell'approccio alla sanità. La via maestra però è implementare azioni di empowerment, auspicate da oltre mezzo secolo, ma di fatto carenti (20). Si tratta di rendere pazienti e cittadini più capaci di rapportarsi consapevolmente alla sanità, promuovendo l'informazione sanitaria, l'autonomia e abilità, come quelle di approccio scientifico e saggezza, alla base della tolleranza all'incertezza.

RIFERIMENTI

- 1) Hatch S. (2017) Uncertainty in medicine. *British Medical Journal*, 357: j2180.
- 2) Simpkin A. L., Schwartzstein R. M. (2016) Tolerating uncertainty—the next medical revolution? *New England Journal of Medicine*, 375 (18).
- 3) Bianchi A., Di Giovanni P. (2016) *Capire la scienza. Primo passo per un approccio scientifico alla vita*. Really New Minds.
- 4) Rosenquist J. N. (2021) The stress of bayesian medicine—uncomfortable uncertainty in the face of covid-19. *New England Journal of Medicine*, 384 (1): 7-9.
- 5) Neighbour R. (2018) Safety netting: now doctors need it too. *British Journal of General Practice*, 68(670): 214-215.
- 6) Almond, S., Mant, D., Thompson, M. (2009) Diagnostic safety-netting. *British Journal of General Practice*, 59(568): 872-874.
- 7) Simon H.A. (1955) A behavioral model of rational choice. *Quarterly Journal of Economics*, 69: 99-118.
- 8) Todd P.M., Gigerenzer G. (2003) Bounding rationality to the world. *Journal of Economic Psychology*, 24: 143-165.

- 9) Bianchi A., Di Giovanni P. (2016) *Errori di ragionamento in medicina. Sapere dove la nostra mente sbaglia per gestirla*. Really New Minds.
- 10) King J. S., Moulton B. W. (2006) Rethinking informed consent: the case for shared medical decision-making. *American journal of law & medicine*, 32(4): 429-501.
- 11) Macdonald H. (2017) Navigating uncertainty. *British Medical Journal*, 357: j2524.
- 12) Hillen, M. A., Gutheil, C. M., Strout, T. D., Smets, E. M., Han, P. K. (2017). Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Social Science & Medicine*, 180, 62-75.
- 13) Ludmerer K. M. (2017) Four fundamental educational principles. *Journal of graduate medical education*, 9 (1): 14-17.
- 14) Strout T. D., Hillen M., Gutheil C., Anderson E., Hutchinson R, Ward H., Kay H., Mills G. J., Han P. K. J. (2018) Tolerance of uncertainty: A systematic review of health and healthcare-related outcomes, *Patient Education and Counseling*, 101 (9):1518-1537.
- 15) Patel P., Hancock J., Rogers M., Pollard S. R. (2022) Improving uncertainty tolerance in medical students: A scoping review. *Medical Education*, 56(12): 1163-1173.
- 16) Leape L. L., Shore M. F., Dienstag J. L., Mayer R. J., Edgman-Levitan S., Meyer G. S., Healy G. B. (2012) Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Academic medicine*, 87(7): 845-852.
- 17) Leape L. L., Shore M. F., Dienstag J. L., Mayer R. J., Edgman-Levitan, S. Meyer G. S., Healy G. B. (2012) Perspective: a culture of respect, part 2: creating a culture of respect. *Academic medicine*, 87(7): 853-858.
- 18) Gruppen L. D. (2014) Humility and respect: core values in medical education. *Medical education*, 48(1): 53-58.
- 19) Mehlman M. J. (2012) Medical practice guidelines as malpractice safe harbors: illusion or deceit?. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 40(2): 286-300.
- 20) Bianchi A., Di Giovanni P., Di Giovanni E. (2016) *Empowerment. Che cosa vuol dire?* Really New Minds.



obiettività

gennaio 2024

so che non so

