- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sat, 12 Jul 2025, 04:51:44

Recenti Prog Med 2018; 109: 164-165

Come scelgono i medici

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

Medico, Camici e pigiami Onlus.

Pervenuto su invito il 27 febbraio 2018.

Riassunto. Le persone sono influenzate, nel prendere decisioni, da preferenze irrazionali. Allo stesso modo, anche i clinici sono inclini a prendere decisioni irrazionali. Spesso non abbiamo a disposizione informazioni esaurienti sul valore delle terapie; i risultati completi dei trial clinici sono spesso inaccessibili; le prove conclusive sono altamente auspicabili, ma raramente disponibili. L'assistenza sanitaria potrebbe beneficiare dei nuovi modi di affrontare le decisioni uscendo da un modello puramente logico-razionale per comprendere quali trappole nascoste esistano nel processo decisionale. Capire come proteggersi dai pregiudizi è consapevolezza decisionale.

How clinicians make choices.

Summary. Humans are influenced by irrational preferences in making choices, so that clinicians also are prone to irrational decision-making. Exhaustive information about the value of therapies are frequently unavailable, full results of intervention trials are often hidden, conclusive evidence is highly desirable but it is seldom accessible. Healthcare could benefit from the new ways of approaching the decision framework due to behavioral economists: understanding the hidden traps in decision-making and the way the human brain works is an essential step and the best protection from biases is always awareness.

Noi medici siamo convinti di prendere decisioni secondo logica. In realtà, siamo influenzati da preferenze irrazionali: rischi, tempi, ricompense, compromessi. Il rischio d'essere denunciati per colpe presunte alimenta la prescrizione di esami che si sanno essere inutili o perfino rischiosi; i tempi segnati dalle liste d'attesa scoraggiano prescrizioni appropriate eppure così difficili da ottenere; le ricompense fisse dello stipendio ospedaliero e quelle variabili della libera professione condizionano comportamenti e priorità; compromessi con regole, abitudini, rapporti professionali possono essere stressanti. Inoltre, non abbiamo informazioni comparative complete sul valore – clinico oltre che economico – di farmaci, presidi, protesi e potremmo continuare; non assimiliamo né valutiamo tutti i risultati, né abbiamo tempo per fare una sintesi dei risultati della ricerca o leggere quelle di chi lo ha fatto per noi*. La ricerca comparativa sull'efficacia è rara, e i dati d'utilizzo di farmaci e tecnologie nel mondo reale si basano su pregiudizi oppure su eccessiva fiducia nell'ultima novità. Per esempio, siamo influenzati da informazioni brevi e digeribili, più che da una revisione scrupolosa della letteratura scientifica[1]. Ciò spiega il potere dei materiali promozionali, semplicistici e di nessun valore scientifico. Inoltre, siamo impauriti dalla prospettiva di danni, più che dai benefici. Per esempio, la bassa probabilità di causare un'emorragia cerebrale, prescrivendo un anticoagulante per un paziente con fibrillazione atriale, influenza le scelte più della possibilità di prevenire molti casi di trombosi in tanti altri malati. Le nostre convinzioni sono plasmate da esperienze recenti più che da eventi remoti (pregiudizi dell'ultimo caso). Ciò vale anche per il contrario, di fronte ai primi dati eclatanti su novità farmacologiche apparentemente in grado di risolvere l'irrisolvibile. Spesso sovrastimiamo piccole probabilità (rischi di effetti indesiderati rari) rispetto a quelle frequenti (benefici) per la stessa ragione per cui molte persone temono di morire in aereo e non in autostrada, anche se questa evenienza è molto più frequente. Oppure sovrastimiamo ciò che è nuovo, pubblicizzato e "aggressivo", preferendolo a ciò che invece è consolidato da decenni di uso, basso prezzo e nessuna pubblicità.

Superare un semplicistico "modello razionale" potrebbe migliorare le scelte dei medici nell'affrontare il problema della scarsa compliance (troppi pazienti non seguono le prescrizioni, ma le adattano alle proprie idee). Ovviamente, resisteranno aspetti dell'assistenza per i quali le intuizioni sulla psicologia del processo decisionale non sono applicabili. Da oncologi, per esempio, continueremo a prescrivere chemioterapie inutili, pressati da false speranze e marketing. Inoltre, come ha osservato una volta Upton Sinclair, «è difficile convincere un uomo a capire qualcosa, quando il suo stipendio dipende dalla sua non comprensione»[2].

Ma per altre decisioni economicamente neutre, la psicologia del processo decisionale può migliorare le cure mediche. Le scienze naturali hanno abbracciato con successo tante novità in fisica, chimica e biologia e costruito nuove basi per progredire. Simili cambiamenti sono sfide quotidiane per i politici, come si evince dalla loro difficoltà a tradurre intuizioni di economia e psicologia in leggi. La pratica medica, un ibrido tra scienza e assistenza, dovrebbe imparare dai recenti economisti premiati con il Nobel** e da altri

*Vedi per esempio http://www.cochranelibrary.com/

**Richard Thaler, premiato con il Nobel per l'Economia 2017 con la seguente motivazione: «Esplorando le conseguenze della razionalità limitata, delle preferenze sociali e della mancanza di autocontrollo, ha dimostrato come questi tratti umani influenzino sistematicamente le decisioni individuali e i risultati del mercato».

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sat, 12 Jul 2025, 04:51:44

Comprendere le contraddizioni del processo decisionale migliorerebbe le qualità delle cure almeno quanto la comprensione del DNA.

ricercatori comportamentali. Comprendere le contraddizioni del processo decisionale migliorerebbe le qualità delle cure almeno quanto la comprensione del DNA. Come farlo? Gli anglosassoni usano forme di condivisione basate sul commento di casi clinici (*clinical round*) oppure di pubblicazioni recenti (*journal club*). Da noi non esistono situazioni analoghe, se non sporadiche o in nicchie di alcuni ospedali o istituti. In tarda mattina, d'altra parte, c'è bisogno d'una pausa caffè (troppo stress, queste ASL) e al pomeriggio si deve correre a fare studio (ne va del tenore di vita raggiunto). Chi ha tempo per frequentare momenti condivisi di riflessione su malati e malattie? Il tempo per fare le cose che interessano si trova sempre, come lo spazio per pubblicare ciò che è importante che diventi pubblico. Chi comanda è il danaro, ovviamente, ma proprio per ciò che il Nobel in Economia ci ha insegnato su chi gioca in Borsa, se non ci formiamo a un modello decisionale clinico più complesso rispetto a quello logico, di danaro ne perderemo sempre di più, sia come servizio sanitario pubblico, sia come libera professione. I dati sono sotto gli occhi di tutti, basta volerli leggere.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Avorn J. The psychology of clinical decision making. Implications for medication use. N Engl J Med 2018; 378: 689-91.
2. Sinclair U. Candidate for governor: and how I got licked. San Francisco, CA: University of California Press, 1993.

Indirizzo per la corrispondenza:
Dott. Paolo Cornaglia Ferraris
E-mail: cornagliafer@gmail.com