

## La difficile gestione dell'errore

**Nel nostro Paese la cultura accusatoria, tesa a individuare in un atto medico esclusivamente la responsabilità individuale di un evento avverso, inibisce al medico e in particolare al Mmg la possibilità di uscire dall'isolamento e rivedere criticamente il proprio operato.**

**È** la prima volta che una rivista internazionale di medicina, il prestigioso *New England Journal of Medicine* (2007; 357: 1682-83) sceglie di occuparsi degli aspetti emotivi e soggettivi dell'errore, vale a dire i sensi di colpa, la paura e la solitudine che opprimono sia pazienti e familiari sia gli operatori sanitari e le loro famiglie coinvolti in un episodio di malpractice.

Gli autori della riflessione, Tom Delbanco e Sigall K. Bell, si sono interrogati su come sia possibile *"definire e caratterizzare le dimensioni umane dell'errore medico così che i pazienti, i familiari e i clinici possano raggiungere un qualche accordo per voltare pagina e ricominciare (...)".*

I clinici secondo Bell *"si arrovellano sul male che hanno causato, sulla perdita di fiducia, sulla perdita del rispetto dei colleghi, sui potenziali effetti negativi degli errori sulla loro carriera. Paralizzati dalla vergogna, magari senza nemmeno ancora aver compreso in cosa hanno sbagliato, i medici attraversano un inferno forse non terribile come quello delle vittime degli errori, ma comunque tremendo".*

L'articolo del *NEJM* analizza in dettaglio le due risposte che scattano in queste difficili situazioni: i medici incorsi nell'errore avvertono dapprima un profondo senso di colpa, condiviso dai familiari del paziente e quindi finiscono per "girare alla larga" dalle vittime di errore, proprio quando avrebbero maggior bisogno di aiuto.

### ■ Situazione in Italia

Il problema riguarda in particolare gli USA e, sebbene il fenomeno delle denunce per malpractice sia

in costante aumento anche in Italia, coinvolge principalmente la medicina specialistica e ospedaliera. Se si analizzano i dati del rapporto PIT salute 2006, redatto ogni anno dal Tribunale dei Diritti del Malato su episodi di malpractice, spiccano due dati di fondo: prima di tutto nella sezione che illustra la suddivisione in percentuali delle segnalazioni di supposta malpractice compaiono solo specialità ospedaliere e non vi è alcun riferimento né alla medicina generale (MG) nosocomiale né a quella del territorio. In secondo luogo oltre i  $\frac{3}{4}$  delle segnalazioni riguardano specialità chirurgiche.

Nel capitolo dello stesso rapporto dedicato alle lamentele degli assistiti per le prestazioni della MG gli errori sono al terzo posto dopo le lagnanze per il mancato rilascio di prescrizioni e i difetti di informazione. Inoltre nel 70% dei casi ai Mmg sono imputati ritardi diagnostici più che errori terapeutici. Questo stato di cose è spiegabile. Infatti, per poter stabilire se effettivamente un medico ha commesso un errore occorrono due condizioni: la descrizione di un preciso evento clinico avverso e del conseguente danno biologico arrecato all'assistito. Solo dopo aver individuato in un atto medico o in un'omissione elementi di imprudenza, imperizia o ignoranza sarà possibile esaminare l'eventuale nesso causale tra l'evento avverso e le conseguenze subite dall'assistito. Questo modello di interferenza logica si adatta in maniera specifica alle pratiche chirurgiche, laddove è possibile descrivere con precisione una mancanza pratica, solitamente di natura terapeutica.

### ■ Quasi errore

Nel campo della diagnosi medica invece il nesso causale tra l'errore, di natura cognitiva e l'eventuale danno per l'assistito è assai più labile, con l'eccezione delle situazioni acute e dell'omissione di provvedimenti terapeutici urgenti. Anzi proprio per descrivere gli eventi "sfumati" che non esitano in una conseguenza dannosa o per i quali è difficile individuare un legame tra il comportamento del medico e i suoi supposti effetti sul malato è stato coniato il concetto di "quasi errore". Questa differenza spiega di per sé la prevalenza dei "reclami" per supposta malpractice nelle specialità chirurgiche rispetto alla analoghe segnalazioni in campo medico. È probabile che i ritardi diagnostici lamentati dagli assistiti dei Mmg presso il TDM siano in realtà dei quasi errori, data la difficoltà di dimostrare il legame tra un'omissione diagnostica e un peggioramento prognostico. Tuttavia i quasi errori rivestono un ruolo importante dal punto di vista logico-metodologico in quanto sono spesso la spia di una "falla" nel procedimento diagnostico che si potevaappare seguendo le regole di buon ragionamento clinico.

In questo contesto anche le reazioni emotive del Mmg di fronte a un quasi errore ci saranno, ma saranno meno eclatanti dal punto di vista emotivo, prima di tutto perché di rado esiteranno in un procedimento giudiziario. In secondo luogo il rapporto di fiducia, la solidità della relazione e un buon livello di comunicazione con l'assistito mettono in genere al riparo dalle più spiacevoli conseguenze di un ritardo diagnostico. È ben noto ai medici legali quanto l'assistito sia sensibile ai comportamenti arroganti, di "freddezza" o insensibilità di alcuni medici. Quando il paziente danneggiato si sente trascurato

rato o palesemente maltrattato difficilmente “perdonerà” il medico, ma anzi farà di tutto per vendicarsi attraverso le vie legali.

### ■ Rendita di posizione

Il Mmg può beneficiare di una sorta di rendita di posizione “relazionale”. Quando infatti si è instaurato un clima di fiducia e di reciproco rispetto, favorito anche dalla continuità del rapporto tra medico e assistito, difficilmente quest’ultimo adirà le vie legali. Inoltre in MG l’utente insoddisfatto per la scarsa qualità delle cure prestate, ha la possibilità di rompere la relazione e cambiare medico. La ricusazione, da questo punto di vista, si rivela come una sorta di valvola di sfogo per prevenire equivoci o veri contenziosi legali. Se la facoltà di scelta valesse anche in ambito ospedaliero probabilmente non si innescerebbero quelle escalation conflittuali che talvolta sfociano nella decisione di percorrere le vie legali. Il Mmg però anche di fronte all’errore deve fare i conti con la solitudine professionale tipica del contesto di lavoro territoriale. Un supposto errore diagnostico avrà un impatto emotivo che è proporzionale alla sensibilità del singolo professionista: rimuginazioni, pensieri ricorrenti o veri sensi di colpa più o meno ricorrenti caratterizzano l’esperienza dell’errore del Mmg, non meno dolorosa di quella descritta nell’articolo del *NEJM*. La consapevolezza di un errore attiva una sorta di esame di coscienza professionale che attiene alla sfera etico-deontologica: ricostruzione retrospettiva dei fatti, dubbi sulle scelte effettuate, revisione delle motivazioni dell’azione, ecc. Purtroppo nella nostra società prevale di gran lunga una cultura accusatoria tesa a individuare la responsabilità individuale, che si focalizza su atti insicuri anormali, azioni e omissioni, che hanno condotto all’errore. Secondo il sociologo Maurizio Catino è più facile “*individuare il soggetto a più stretto contatto con il sistema (medici e infermieri) quale responsabile*

*dell’accaduto piuttosto che i fattori latenti, di natura organizzativa e manageriale, frutto di azioni collettive diffuse nel tempo*”. Tale approccio è cognitivamente più semplice, si adatta alla logica del sistema giudiziario basato sulla responsabilità personale, comporta spesso vantaggi legali e assicurativi per le organizzazioni, coerentemente con una diffusa cultura basata sull’attribuzione causale dell’evento a un unico capro espiatorio. Questo atteggiamento finisce per inibire la ricerca spassionata di una spiegazione razionale degli eventi. La ricerca della verità e l’esame critico degli eventi sono ostacolati da quella sorta di omertà cognitiva generata da un clima di paura, rivalsa e risentimento.

### ■ Difficoltà dell’autocritica

C’è quindi un secondo versante dell’esame di coscienza professionale, non meno importante di quello etico, che potrebbe consentire al

medico di uscire dall’isolamento per condividere pubblicamente con la propria comunità professionale la lezione di metodo insita nell’errore: l’attitudine a rivedere criticamente il proprio operato, ingrediente indispensabile per l’apprendimento dall’esperienza e per la prevenzione.

Fin dagli anni Ottanta, quando il tema era tabù e non esisteva ancora il *risk management*, il filosofo della scienza Karl Popper metteva in guardia i medici dal rischio insito nell’occultamento o nell’autocensura del proprio operato. Risale a quegli anni la stesura, in collaborazione con il clinico Neil McIntyre (*BMJ* 1983; 287: 1919-23) di un decalogo sull’errore che è l’esatto opposto della cultura della colpevolizzazione e della repressione. Questo decalogo dovrebbe figurare come premessa alle iniziative di *risk management* che intendano affrontare con efficacia il problema dell’errore medico.

### Decalogo sull’errore medico

1. La nostra presente conoscenza congetturale supera di gran lunga ciò che una persona può sapere; anche nella propria specifica specialità.
2. Siamo fallibili ed è impossibile per chiunque evitare tutti gli errori, anche quelli evitabili. La vecchia idea che dobbiamo evitarli va cambiata. È sbagliata e ha portato all’ipocrisia.
3. Ciononostante, rimane il nostro lavoro evitare gli errori. Ma per farlo dobbiamo riconoscere la difficoltà.
4. Gli errori possono essere nascosti nelle nostre teorie più sperimentate. È responsabilità del professionista cercare questi errori.
5. Per tutte queste ragioni, il nostro atteggiamento verso gli errori deve cambiare. È qui che deve cominciare la riforma etica. Poiché questa vecchia abitudine conduce a nascondere i propri errori e a dimenticarli il più presto possibile.
6. Il nostro nuovo principio dev’essere imparare dai nostri errori, così che possiamo evitarli in futuro; questo dovrebbe avere la precedenza sull’acquisizione di nuove informazioni. Nascondere gli errori dev’essere considerato come un peccato mortale.
7. È quindi nostro compito cercare i nostri errori e indagarli pienamente. Dobbiamo allenarci a essere autocritici.
8. Dobbiamo riconoscere che l’autocritica è meglio, ma che tale critica da parte degli altri è necessaria e particolarmente preziosa se essi affrontano il problema da una diversa base culturale. Dobbiamo perciò imparare ad accettare gentilmente, e anche con gratitudine, la critica da parte di coloro che attirano la nostra attenzione sui nostri errori.
9. Se siamo noi che attiriamo l’altrui attenzione sugli errori altrui, dovremmo ricordarci di errori simili che noi abbiamo fatto (...).
10. La critica razionale dovrebbe mirare a definire errori chiaramente identificati. Dovrebbe contenere le ragioni ed essere espressa in una forma che sia la possibilità della sua confutazione (...). Dovrebbe essere ispirata dallo scopo di giungere più vicino alla verità e per questa ragione dovrebbe essere impersonale.