

## Gli errori del medico e quelli dei pazienti

Se desideriamo che l'errore in medicina possa in qualche misura ridimensionarsi per interventi nostri o del sistema sanità, dovremmo considerare anche l'opportunità di intervenire adeguatamente nei confronti dei cittadini partendo forse dal momento educativo per eccellenza che qualsiasi individuo inserito in una società civile ha a disposizione: la scuola.

Come prevenire gli errori in medicina è uno tra gli argomenti professionali più dibattuti in questi ultimi tempi. Noi medici di medicina generale ci stiamo ponendo ormai da qualche anno il problema di dimostrare la qualità del nostro lavoro attraverso operazioni di self audit, di audit clinico e di revisione delle procedure diagnostico terapeutiche, più che altro sulle indicazioni che da ogni parte ci vengono proposte come panacea di ogni male, tra cui i piani diagnostici e terapeutici e la clinica basata sulle evidenze.

Al di là della necessità di riscrivere il sapere medico in funzione di nuove procedure diagnostiche e terapeutiche basate sull'osservazione e sulla revisione critica della letteratura o delle obiezioni di merito rispetto a possibili bias presenti all'interno degli stessi criteri dell'Ebm, quanti di noi si sono posti il problema che oggi l'errore in medicina potrebbe essere frutto anche di manovre devianti da parte del paziente?

Nella nota serie televisiva del dottor House, l'affascinante clinico sostiene più volte che "il paziente mente sempre". Pur non condividendo l'assolu-

tismo di questa affermazione, non possiamo però trascurare il fatto che spesso il paziente, volontariamente o per scarsa attenzione, evita di esporre informazioni personali importanti per indirizzare in modo appropriato la nostra diagnosi e la terapia.

Pare che, oltre alle sale operatorie, dove il margine di errore è maggiore (32%) o nei dipartimenti di urgenza emergenza (22%), anche gli ambulatori siano luoghi a rischio di errore (18%).

### ■ Non sottovalutare il contesto

Sappiamo bene che in ambito di risk management la prevenzione dell'errore si debba concentrare sul miglioramento della conoscenza e della formazione individuale, tanto che ampio spazio viene destinato alla formazione continua del medico. Ma non possiamo trascurare anche un secondo aspetto: valutare le condizioni nelle quali accade l'errore, il contesto o la situazione dell'intervento medico.

Questo deve infatti essere interpretato come il risultato del fallimento del sistema, inteso come insieme di elementi umani, tecnologici e relazionali.

### ■ I nostri errori

Partiamo da una autocritica severa e in qualità di medici riconosciamo la possibilità dell'errore, presente e plausibile per ogni professione.

Errori nella prescrizione dei farmaci e nella loro modalità di somministrazione, diagnosi errate o ingiustificatamente ritardate, visite mancate presupponendo un percorso da semplici dati anamnestici oppure visite troppo superficiali, errori nelle pratiche burocratiche amministrative di competenza medica e nelle certificazioni sono gli esempi più banali, ma anche più frequenti di errore per il medico di medicina generale. Consideriamo questo fatto consolidato, ma migliorabile se passasse ad ogni livello come strategia vincente quella di promuovere la cultura dell'apprendimento e non la cultura della colpevolizzazione, che induce lo stesso medico a nascondere l'errore per evitare punizioni.

### ■ Gli errori degli assistiti

Proviamo a questo punto a spostare la nostra attenzione sul percorso da noi intrapreso nei pochi o tanti anni di professione e tentiamo di analizzare solo il dato relativo all'afflusso dei pazienti nel nostro studio, alle motivazioni che lo determinano e alla semplice variazione numerica di presenze, qualora vi sia stata, da 10 anni ad oggi.

Arriveremo alla conclusione che, soprattutto negli ultimi 5 anni, i nostri pazienti sono andati incontro sempre più spesso ad errori nell'accesso al Mmg: o è stato sbagliato il piano per lo scopo che si voleva raggiungere, oppure l'azione non ha ottenuto il risultato preventivato, prima, durante o dopo la consultazione medica.

Provate per esempio a pensare alle richieste inappropriate di visite domiciliari. Quante volte, indipendentemente dalla modalità di ricezione della chiamata, vi recate a domicilio di una persona per la quale la normativa, ma anche il buon senso e la buona educazione, prevedeva il contrario?

### Gli effetti dell'errore

In Italia stime approssimative riferiscono che il 5.5% del totale dei decessi siano imputabili a errori medici, i cui costi annuali sono stimati in 10 miliardi di euro.

Tra le cause dovute a insufficienze del sistema sanitario, prevarrebbero:

1. la crescente complessità della scienza medica e l'evoluzione tecnologica dei sistemi diagnostici cui sempre più ci si affida, talvolta senza giudizio critico, con discreta difficoltà per i medici di mantenersi al passo del rinnovamento delle acquisizioni teorico-pratiche;
2. il continuo incremento delle patologie croniche e della relativa richiesta di aiuto da parte di pazienti e familiari;
3. l'incapacità da parte del medico nel padroneggiare la tecnologia informatica;
4. la scarsa progettazione organizzativa dei sistemi regionali o nazionali deputati a erogare l'assistenza.

Oppure, per chi riceve su appuntamento, quante volte vedete mancare un paziente all'appuntamento fissato, senza che vi sia stata da parte sua alcuna comunicazione circa l'impossibilità di poter rispettare una scadenza da egli stesso fissata?

Naturalmente il suo spazio non sarà riempito da un altro paziente che magari, sofferente, riterrà legittimo recarsi in Pronto soccorso.

Questi potrebbero essere interpretati come errori di pre-consultazione o errori in fase di preparazione al rapporto medico paziente che, ricordiamoci sempre, dovrebbe essere un rapporto di fiducia.

Veniamo al momento della consultazione: secondo il teorema del dottor House, si pensi a quante volte i nostri pazienti ci hanno tenuto all'oscuro di informazioni rilevanti, talvolta determinanti, riguardanti la salute propria e, magari, di loro familiari, anch'essi nostri assistiti? Sintomi, anamnesi familiari, stili di vita a rischio, malattie infettive, uso di droghe e quant'altro la mente umana possa concepire per ottenere un guadagno secondario?

Valutiamo infine le dimenticanze degli assistiti, che potrebbero essere considerate errori di esecuzione.

Dimenticarsi di prendere la medicina, autosospendere la stessa, autoridurre o autoprescrivere un farmaco, leggere con disattenzione o in modo improprio il bugiardin, sottovalutare l'importanza del seguire correttamente la preparazione prescritta prima di un esame diagnostico, sono soltanto alcuni esempi di errori pragmatici che quotidianamente riscontriamo nel nostro lavoro, spesso fonte di insuccessi terapeutici o di spreco di risorse sanitarie.

### ■ Che fare?

Se al Mmg sempre più frequentemente si chiedono competenze che proprie non sono dell'essere medico, del sapere medico e del saper fare il medico, forse qualcuno dovrebbe ricordarsi ogni tanto di chiedere al cittadino di saper essere cittadino di un Paese civile e saper fare il cittadino nelle varie occasioni che la vita quotidianamente gli propone. Non gli chiederemo mai di sapere, ovvero cono-

scere a fondo, la materia medica, anche se pare oggi che leggendo una rivista, consultando qualche sito internet o ascoltando gli interventi televisivi o radiofonici di qualche collega, si possano acquisire le giuste competenze per ottenere una laurea *honoris causa* in Medicina e Chirurgia.

Infatti, se è vero che in molti casi i pazienti hanno dimenticato di seguire indicazioni terapeutiche corrette o non hanno ricevuto sufficienti informazioni su dosaggi, modalità di somministrazione o potenziali effetti collaterali di un farmaco, è altrettanto vero che molte altre volte i pazienti trascurano comportamenti corretti di salute in maniera assolutamente consapevole, per scelta o per interferenze decisionali di priorità personali che nulla hanno a che vedere con le corrette procedure diagnostiche terapeutiche che un medico è invece tenuto a conoscere. Ecco allora le incongrue e insulse richieste di accertamenti diagnostici o di prescrizioni farmacologi-

che fatte al Mmg più o meno indotte da letture, internet, amici e, perché no, da qualche collega troppo propenso ad accontentare i capricci dei propri assistiti. Tra noi e loro una montagna di Pdt, linee guida, disposizioni legislative, note Aifa ecc.

Seguendo le regole dell'Ebm, noi tutti Mmg sappiamo bene ormai che il valore predittivo della nostra diagnosi, che si calcola dividendo i veri positivi per la somma fra veri positivi e falsi positivi, è strettamente dipendente dal numero di casi osservati. Ciò significa che per ogni procedimento diagnostico dovremmo cercare di limitare l'accesso ai nostri ambulatori di soggetti portatori di manifestazioni cliniche francamente sospette per una qualsiasi forma patologica. Se aumenta il numero di falsi positivi, aumenta anche il rischio di errori diagnostici nei confronti degli stessi portatori di malattia e non solo per coloro che si sono immersi totalmente nel fantastico mondo del malato immaginario di Molière.