

Le conseguenze di non avere voluto imparare dagli errori

La medicina difensiva appare più funzionale a parare i colpi di giudici ed avvocati che non a tutelare gli assistiti dal concreto rischio di errore, specie se di natura cognitiva, purtroppo e per certi versi inevitabile. Forse se la classe medica avesse messo in pratica per tempo il consiglio di Karl Popper di imparare dagli errori, oggi non ci troveremmo a dover arginare una marea montante di cause giudiziarie per malpratica e la conseguente medicina difensiva

Giuseppe Belleri
Medico di medicina generale
Brescia

Sono passati tre decenni da quando il filosofo della scienza **Karl Popper** ammoniva i medici a non nascondere l'errore ma a convertirlo in occasione di apprendimento: "il nostro atteggiamento verso gli errori deve cambiare. È qui che deve cominciare la riforma etica (...). 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. Ci sono voluti oltre tre lustri perché la medicina facesse tesoro dell'insegnamento "fallibilista" e mettesse a fuoco l'importanza dell'errore nell'evoluzione della scienza e delle pratiche mediche. Nel frattempo si è sviluppato, forse come conseguenza del precedente occultamento, una propensione ad affrontare il problema per via giudiziaria, cercando colpevoli e rei anche dove probabilmente non vi sono responsabilità individuali civili o penali. Eppure le odierne conoscenze biomediche e le pratiche terapeutiche sono incomparabilmente più avanzate ed efficaci rispetto a quelle di trent'anni fa. Così paradossalmente è cresciuta una sorta di "persecuzione giudiziaria" dell'errore medico, che costituisce il principale ostacolo culturale per la prevenzione del fenomeno, ovvero sia l'esame razionale, pubblico e autocritico, di limiti, sbagli, insufficienze e distorsioni delle procedure mediche, specie quelle diagnostiche.

► Una questione di fiducia

La propensione dei medici alla medicina difensiva da un lato, per prevenire accuse di malpratica, e quella degli assistiti a percepirla e denunciarla dall'altro sono fenomeni speculari, le due facce della stessa medaglia. L'atteggiamento difensivo è evidentemente il frutto di una relazione distorta antitetica rispetto a quel clima di fiducia reciproca dominante fino a qualche decennio fa. È il segno della deriva di un relazione diadica di cui entrambi gli attori sono per certi versi prigionieri, con il contributo non secondario degli operatori della giustizia. Il guaio è che il sistema rischia di auto-mantenersi in un classico circolo vizioso, difficile da riconvertire in *loop* virtuoso: più l'assistito è guardingo, informato, "esigente" e pregiudizialmente dubbioso più il medico sarà propenso a difendersi dai rischi medico legali, parandosi dietro una sfilza di accertamenti. È infine il sintomo del lento sfilacciamento della relazione fiduciaria, sulla quale si riverberano sospettosità e paura reciproca, fino a pregiudicarne la stabilità.

La diffidenza pregiudiziale e il timore di avere a che fare con professionisti non all'altezza del compito alimentare, a loro volta, la spasmodica ricerca dei centri d'eccellenza e ultra-specialistici e sono il terreno favorevole alla privatizzazione dei servizi, in base all'equazione che il pagamento della prestazione significhi di per sé qualità e sicurezza del servizio.

Sullo sfondo del fenomeno medicina difensiva stanno:

- il conflitto di interessi originario, nel senso del "peccato originale", descritto dall'economista sanitario elvetico **Gianfranco Domenighetti**, ovvero la mitizzazione "dell'efficacia dell'arte e della pratica medico-sanitaria presso la società (...) che concede a tutti i professionisti della salute, alle istituzioni ed alle imprese che operano sul 'mercato' sanitario una 'rendita' di posizione sulla quale si inseriranno poi tutti gli altri conflitti di interesse";

- la sopravvalutazione cognitiva della potenzialità e dell'efficacia dell'apparato medico-sanitario nel combattere le malattie e nel garantire quel completo benessere psichico, fisico e sociale implicitamente promesso dall'Oms con la definizione di salute del lontano 1946;

- le conseguenti attese irrealistiche dei pazienti/esigenti verso una medicina, rappresentata e percepita come scienza esatta e incontrovertibile, fonte di certezze e sicurezze e non invece gravata da zone grigie, esiti probabilistici, limiti pratici, effetti collaterali e imprevisi, in definitiva margini più o meno ampi di incertezza decisionale e circa gli esiti attesi. Al lato pratico il timore di sbagliare o di andare incontro ad un contenzioso legale minano il rapporto medico-paziente e costituiscono un catalizzatore negativo per l'alleanza terapeutica tra chi chiede aiuto e chi per dovere professionale deve portare soccorso.

Fare appello ai principi dell'etica per contenere la medicina difensiva potrebbe avere scarsi effetti. A differenza di quanto si potrebbe pensare in base ad un concezione *naïf* non è detto che i principi cardine dell'etica deontico-normativa, a tutti noti, siano sempre e necessariamente in

armonia o coerenti tra loro, quasi per definizione. Anzi nella realtà delle decisioni pratiche i conflitti tra principi e norme deontologiche, ognuno singolarmente corretto e ineccepibile, non sono infrequenti ed anzi sono motivo di dibattiti e confronti argomentativi dialettici per risolvere il dilemma tra buone ragioni, ma di opposto significato pratico, come appunto nel nostro caso. Infatti se il principio di giustizia (distributiva) impone un oculato ed appropriato ricorso alla tecnologia biomedica, per favorire il corretto utilizzo delle risorse pubbliche finalizzato al maggior beneficio sociale e collettivo, gli atti difensivi potrebbero essere giustificati da un altro principio etico ben più vicino all'esperienza dei singoli assistiti.

► Il principio di beneficiabilità

Mi riferisco al principio di beneficiabilità che impone di fare il massimo sforzo a vantaggio della salute degli assistiti e che potrebbe essere invocato dal medico a sua "difesa". D'altra parte gli stessi assistiti, di cui si invoca sovente la condivisione delle decisioni o perlomeno il consenso informato, messi di fronte all'alternativa tra il fare un esame in più e l'astensione propendono generalmente per l'azione. Inoltre con le prescrizioni di esami a scopo difensivo il medico si tutela dalla sinergia tra due fonti di incertezza: quella insita in ogni atto medico, sia a livello di esiti di una terapia che di corsi d'azione inattesi o contro-intuitivi, a cui si aggiunge quella legata al rischio di dover affrontare un doloroso ed emotivamente pesante contenzioso giudiziario per malpratica. Perché anche il giudice, come l'assistito, solitamente propende per l'azione, piuttosto che per l'attendi-

smo, nel senso che l'esecuzione di un accertamento in più o in meno può fare la differenza nella sua valutazione dei fatti e quindi nell'esito finale del dibattimento, spingendo ancor più il medico sulla difensiva.

I risultati delle ricerche sociologiche sul comportamento dei medici e delle indagini demoscopiche sulle opinioni degli assistiti fotografano il clima di reciproca diffidenza che investe da anni l'ambiente ospedaliero, specie in alcune regioni, ma che comincia ad estendersi anche al territorio e alla medicina generale. Se la fiducia, come affermano i sociologi, è il cemento delle relazioni sociali e del vivere comunitario il suo venire meno nel delicato settore medico-sanitario rappresenta una sconfitta per tutti, anche se occorre sempre considerare la tara della rappresentazione mediatica del fenomeno, inevitabilmente "clamorosa" ed enfatica. D'altra parte se la paura - dell'ignoto, del rischio, dell'incertezza - sembra ormai il tratto distintivo delle società occidentali globalizzate non si capisce come la sfera sanitaria possa restarne immune. C'è da riflettere sull'efficacia degli anticorpi elaborati dai medici per difendersi dal virus dell'errore, tanto scotomizzato in passato quanto messo in piazza oggi sui media (ma spesso occultato negli ospedali per via di una riprovevole cultura del biasimo e della colpevolizzazione del singolo operatore, anche quando le sue radici affondano nelle dinamiche organizzative). D'altra parte la medicina "difensiva" è evidentemente la naturale risposta ad un "attacco" portato alla classe medica sul piano giudiziario, che alimenta come effetto perverso atteggiamenti di chiusura, reticenza ed arroccamento culturale rispetto alla soluzione razionale del problema indicata da Popper.