



Editoriale

2 novembre 2006

L'errore in medicina: commento a un recente e scorretto atteggiamento

Di Gino Santini e Carlo Di Stanislao

*"La conoscenza e l'errore hanno le stesse origini mentali,
solo il successo può distinguere l'uno dall'altro"*
Ernst Mach

*"La fallibilità è una caratteristica dell'essere umano.
Noi non possiamo cambiare l'essere umano,
ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli esseri umani operano"*
James Reason, 2003

Viviamo un momento in cui si assiste, da più parti e in ogni direzione, a una costante colpevolizzazione dei medici e delle strutture per ogni decesso e/o malattia.

L'ottuagenaria aspettativa di vita, enfatizzata dai "media", raccontata come una bella favola dalla pubblicità televisiva che non ci lesina immagini ripetitive di longevi e sani centenari, non è più qualcosa di cui si deve ringraziare il fato, ma viene assunto da tutti come la normalità della propria esistenza.

Malattie croniche e invalidanti, morti anticipate, percorsi di vita segnati dalla necessità delle cure, vengono vissuti come un diritto negato di una felicità promessa, e si procede subito alla ricerca del presunto errore medico.

A parte il dato italiano dell'Associazione Oncologi Ospedalieri (90 decessi al giorno, sic¹), un rapporto americano, pubblicato di recente con il titolo "Death by Medicine", fornisce dati da shock: 2,2 milioni di cittadini americani subiscono ogni anno una reazione avversa a farmaci; 7,5 milioni di pazienti subiscono interventi medici o chirurgici evitabili; 8,9 milioni sono i cittadini inutilmente ricoverati in ospedale; 20 milioni le confezioni di antibiotici inutili prescritti per infezioni di natura virale.

Ma il dato più drammatico sono i decessi iatrogeni da imputare a errore chirurgico, errore di diagnosi medica, errore terapeutico e conseguenze di procedure diagnostiche. Il numero di decessi da queste cause ammonta ogni anno a 783.936.

Secondo l'Institute of Medicine, ogni anno muoiono negli ospedali statunitensi tra i 44.000 e i 98.000 pazienti per sbaglio: troppi per molti studiosi, che contestano direttamente i criteri adottati negli studi che portano a simili conclusioni.

Questi numeri, se accettati, parlano di medici che uccidono più dell'AIDS, del cancro al seno, degli incidenti automobilistici o sul lavoro².

Il primo problema, relativo a questi dati, è di ordine epistemico. Questi dati presi come assoluti sono senz'altro allarmanti, ma non inseriti in una casistica generale non ci dicono in quanta percentuale i casi il medico sbaglia e, pertanto, non hanno alcun reale valore statistico.

Il problema, in realtà, va visto in modo diverso.

¹ Vedi: news.excite.it/hitech/scienza/374889

² Vedi: www.nap.edu/books/0309068371/html/

Oggi il medico e la medicina non curano più il paziente ma la malattia. E' invece lo Stato che si prende cura del paziente. Il potere centrale fissa i livelli minimi ed essenziali di assistenza (L.A.R.), definisce gli obiettivi di intervento, determina dall'alto le scelte di tutti, di fatto impera "senza alcuna assunzione reale di responsabilità" che invece viene riservata sempre sui medici.

In questo quadro è giunto il momento di modificare la legislazione per evitare che il medico e la medicina in un non lontano prossimo futuro non operino scelte astensioniste nell'affrontare situazioni cliniche difficili ed alto rischio di insuccesso.

E' comunque questo un tema molto sentito che è materia di diverse iniziative per introdurre sistemi assicurativi sui rischi professionali sempre più tutelari ma anche sempre più onerosi per le reali capacità economiche della categoria.

L'ampliamento delle conoscenze ha creato l'iper-specializzazione. La frammentazione delle competenze è la metodica corrente dello studio del malato, per cui più facilmente l'unicità della responsabilità nei confronti del paziente ascende dal medico al dettato legislativo.

È scomparsa la figura del medico di fiducia che media il rapporto con la malattia del paziente "per il paziente", e con essa si è perso il plusvalore del medico.

In questo clima è sconsolante osservare che la ricerca dell'errore non ha più fini correttivi, di pubblica utilità e di comune interesse, ma solo vendicativi e risarcitivi, perché la salute è la sanità sono tessuti imbastiti sulla prevalenza di una trama economica che rende cinico il sistema. La mercificazione della salute, introdotta o riconosciuta con l'aziendalizzazione del S.S.N., accentua tale problema. Infatti, come ho già avuto modo di descrivere negli articoli precedenti, riconosce il malato come prodotto da trattare nell'ambito di un quadro nosologico di valore monetario, e non più come persona, di cui vanno rispettate e risolte le aspettative globali di salute.

In questo quadro di "fabbrica della salute" dobbiamo porre una nuova attenzione agli errori delle cure, che assumono maggiore rilevanza, perché fonte di atti di risarcimento aziendali e professionali "cavalcati" spesso da famelici professionisti del foro. Il sistema deve essere oggi chiamato a porre rimedio a un processo perverso di cui ha creato i presupposti.

Ma, contrariamente a chi approfitta di denunce (per altro scarsamente motivate sotto il profilo scientifico), per screditare la scienzamedica, senza rendersi conto che in questo modo e la medica e il rapporto fiduciario medico-paziente ad essere minacciato, noi crediamo che sia necessario, se vogliamo rendere più sicure le prestazioni sanitarie ed imparare dagli errori, favorire l'organizzazione di programmi per la gestione del rischio clinico nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, programmi in cui si riveda il ruolo e la posizione del medico e si recuperino figure marginalizzate come quella del medico di base (o fiduciario) e dell'esperto di Medicine non Convenzionali. L'uomo ha bisogno di valori per dare un senso alla propria vita.

Per un medico non è un privilegio di poco conto che ciò possa anche coincidere con il senso della propria professione³. Ma è un privilegio che va rispettato e che richiede uno sforzo permanente per essere custodito. Sono sempre più numerose le tendenze che, dentro e fuori di noi, che ne minacciano l'integrità.

Contemporaneamente, nel nostro mondo occidentale, sono sempre più numerosi i medici che auspicano, in maniera più o meno esplicita, una rifondazione di quei valori che dovrebbero essere parte integrante della nostra professione.

Per rifondare la medicina, per ricostituire un percorso benevolo e neutrale, occorre iniziare dal rapporto medico-paziente, così come esso è oggi, corroso da un eccessivo economicismo, mortificato da una fretta di natura quasi meccanica. Ma non basta. Occorre anche aprire il grande angolo sul contesto nel quale avviene l'incontro tra medico e paziente e quindi sulla società e su alcuni dei suoi mali⁴. Oggi i medici si sentono frustrati dai cambiamenti che, in quasi tutti i sistemi sanitari dei paesi industrializzati, mettono in pericolo la natura stessa e i valori della professionalità medica⁵.

Gli incontri tenutisi tra la European Federation of Internal Medicine, l'American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM), e l'American Board of Internal Medicine (ABIM) hanno confermato che i medici provenienti da diverse realtà sanitarie hanno

³ Vergari B.: Achille Vergari. Problematiche filosofico-scientifiche in campo medico, Ed. Congedo, Roma, 1994.

⁴ Cippi D., Sconocchia S.: Ars et professio medici. Humanitas. misericordia, amicitia nella medicina di ieri e di oggi, Ed. CLUEB, Milano, 2003.

⁵ Satolli R.: La salute consapevole. Medicina ed informazione oggi, Ed. Dedalo, Milano, 1990.

opinioni simili riguardo alla professionalità. E' opinione condivisa che l'impegno della medicina verso il paziente sia minacciato da forze esterne rappresentate dai cambiamenti in atto nelle nostre società.

Negli ultimi tempi e in molti paesi si è fatta sentire la necessità di un rinnovato senso di professionalità che promuova la riforma dei sistemi sanitari.

Accettando la sfida, alla fine del 1999 la European Federation of Internal Medicine, la Fondazione ACP-ASIM e la Fondazione ABIM hanno unito le forze per avviare il Progetto sulla Professionalità Medica (www.professionalism.org).

Cinque anni fa Theodore Marmor⁶ aveva parlato del "caos linguistico" e della "confusione concettuale" che avevano caratterizzato la gestione della medicina nell'ultimo decennio. L'ideologia d'impresa si era infiltrata nel sistema sanitario in un momento in cui i costi erano saliti alle stelle e i governi stavano riesaminando il proprio impegno verso lo stato sociale.

Mentre i professori venivano sostituiti da direttori generali e il gergo fumoso delle risorse umane nascondeva il vuoto concettuale, la mediocrità diventava il criterio di gestione del servizio sanitario. Erano cambiate le priorità.

La qualità veniva minata dall'importanza assunta dalla quantità, l'efficacia cedeva il posto all'efficienza e le nozioni di professionalità venivano sostituite dagli statuti aziendali. Il morale calava sempre di più e il cinismo diventava la norma.

Ma la medicina si regge sui principi dell'ethos, non del bilancio, e i medici oggi stanno riaffermando i valori che politici, manager, contabili e avvocati hanno accantonato o manipolato secondo i loro interessi di parte. In questo ambito il recupero delle parti "migliori" delle medicine tradizionali e non convenzionali, può rappresentare una buona occasione etica, economica e professionale⁷.

Ad esempio è impressione l'impatto che la Medicina Orientale (cinese, giapponese o indiana) può avere nel campo delle emozioni (tanto malate oggi) e del sé personale e transpersonale.

Aderire o, meglio, accostarsi alle pratiche mediche non convenzionali, pertanto, non è solo un problema di "consenso popolare" o di "mercato". Tocchiamo qui un punto delicato: qual è infatti lo spartiacque tra la ricerca del consenso sociale e il conformismo? Il terapeuta si trova in una situazione paradossale: sa infatti che non potrebbe praticare in un clima sociale e culturale ostile, ma d'altra parte sa pure che il suo lavoro, favorendo l'individuazione del paziente, avrà effetti che potranno essere non conformisti. La sua arte consiste anche nel sapersi muovere nella società e nello studio professionale tenendone conto se vuole praticare una Medicina con più umanità e più cuore. Contrariamente a quanto accadeva nell'800, oggi il medico deve fare i conti con la persona del paziente.

In Italia la clamorosa scoperta dell'orizzonte morale del paziente, come luogo nel quale si collocano le scelte decisive, avviene all'inizio degli anni Novanta. La libertà di determinazione del paziente diventa la regola fondamentale del rapporto con il medico, che quest'ultimo non può sostituire con considerazioni che riguardano il bene del paziente stesso.

La situazione è poi ancora più complessa: nella valutazione dell'errore in medicina, le categorie mediche e scientifiche entrano in contatto con quelle giuridiche, ordini concettuali con derivazioni e nature molto diverse e talora in conflitto. Probabilmente è questa miscela del tutto nuova ad aver portato, negli ultimi anni, all'enorme dilatazione delle pronunce di condanna dei medici da parte della magistratura italiana.

Di fronte a questa situazione, escluso un ritorno al passato, non resta che prendere atto della necessità di fare un passo avanti. In questa prospettiva la medicina basata sulle prove può giocare un ruolo molto importante. Non si tratta di una scelta contro o a favore dei medici: è un cambio di orizzonte. Nei casi in cui il medico si è scostato dalla condotta corretta secondo la letteratura consolidata, sarà molto probabile l'affermazione della sua responsabilità. Ma, all'opposto, difficilmente si giungerà alla condanna di un medico per essersi scostato da quella che solo il consulente ritiene una condotta corretta, senza riscontro nella migliore letteratura e nelle sue revisioni sistematiche⁸. E questo sia per la Medicina Scientifica che non Convenzionale. Su questo credo oggi dobbiamo riflettere e meditare.

⁶ Marmor T.F.: Medical care policy and politics: the rhetoric and reality of managerialism. Rock Carling Fellowship, 2001. Norwich: The Stationery Office, on behalf of Nuffield Trust, 2001.

⁷ Di Stanislao C. (a cura di): Argomenti di Medicina. Il dialogo e l'integrazione fra culture e modelli, Ed. Fondazione Silone, L'Aquila-Roma, 2005.

⁸ Santosuosso A.: E' cambiato l'atteggiamento dei giudici verso i medici che sbagliano, Occhio Clinico, 2005, 2: 3-5.

Quante persone rimarrebbero su un aeroplano dopo l'annuncio del comandante che la probabilità di arrivare a destinazione sani e salvi è pari al 97 per cento e quella che il personale di volo faccia qualche errore grave è appena del 6,7 per cento? La domanda, la cui risposta è pressoché scontata, è stata posta da un editoriale del *British Medical Journal* del 17 luglio 1999, che proponeva il tema dell'errore in medicina annunciando un numero monografico sull'argomento pubblicato nel marzo 2000.

Le percentuali di rischio per gli amanti del volo sono in realtà molto più basse (le linee aeree statunitensi parlano di 0,27 incidenti su 1.000.000 di partenze dal 1990 al 1994), ma l'astuto espediente di utilizzare in un altro contesto percentuali appartenenti agli errori in medicina attira l'attenzione sull'argomento. Infatti in due dei più stimati ospedali del mondo sono stati scoperti errori gravi o potenzialmente tali in 6,7 pazienti su 100 e nello stato di New York si sono verificati eventi avversi nel 3,7 per cento dei ricoveri in ospedale (la metà dei quali si potevano prevenire), con decesso nel 13,6 per cento dei casi.

L'editoriale invitava, tuttavia, ad abbandonare atteggiamenti persecutori e punitivi nei confronti dei medici, per abbracciarne di più utili e costruttivi, per ridisegnare un sistema di assistenza che riduca al minimo l'errore medico.

Negli Stati Uniti diverse associazioni hanno già messo in moto progetti in questa direzione e l'invito è rivolto anche all'Europa, dove la situazione non è diversa.

Credo che stia a noi, ciascuno per il suo ruolo, rispondere a questo invito e non gioire per articoli che decretano la "morte della medicina".