

Nell'editoriale scientifico di questa settimana affrontiamo un problema trasversale alle varie specialità: l'errore medico. Secondo l'articolo commentato da Carlo Bellieni e secondo numerose altre fonti, le morti in ospedale dovuti a errori medici negli Stati Uniti sono pari a 240.000-400.000 all'anno, l'equivalente della popolazione di una città di medie dimensioni. Perché questa variabilità nei calcoli? Perché questi numeri sono dedotti dalle SDO, e comprensibilmente non esiste una codifica per l'errore. Pertanto non esistono stime certe, in alcuni casi sono sicuramente esagerate, ma certamente il problema è di dimensioni non trascurabili. Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kohn, IOM 1999). Negli ultimi anni le iniziative di prevenzione del rischio clinico all'interno e all'esterno degli ospedali si sono moltiplicate, assumendo le dimensioni di vere e proprie strutture operative.

Bellieni sostiene che la metodologia della prevenzione non prende in considerazione tutti i fattori in gioco, e in particolare il fatto che il medico non è una macchina ma è un uomo, e non si può prescindere da quello che lui definisce "virtù": un fattore non misurabile, ma cruciale.

A cura di Marco Bregni

## **PREVENZIONE DEGLI ERRORI MEDICI: DA DOVE RIPARTIRE ?**

Un recente studio di Martin Makar e Michael Daniel, apparso sul British Medical Journal (1), mostra un dato inquietante: negli USA (e forse non solo lì) gli errori medici sono la terza causa di morte, con un tasso che si aggira sui 200.000 morti l'anno in quel Paese. Sembra un'esagerazione, ma i ricercatori riportano dati recenti e dati di altri studi (2) che sembrano convergere su questa cifra. Gli autori dello studio auspicano un triplice livello di intervento in questo settore: livello dell'emersione degli errori in modo da poterli conoscere ed evitare nel futuro; livello di presenza di pronte misure di intervento; livello di prevenzione, che "prenda in considerazione i limiti umani". Su questi dati bisogna riflettere per due ragioni

A *Gli errori esistono ma non sono "gli errori" la "malasanità".* Oggi invece, per sensazionalismo giornalistico si cerca di riportare ogni insuccesso medico nella chiave del malaffare, della colpevolezza, tanto che il primo passo di cui sopra (l'emersione degli errori) resta difficile, se non impossibile: chi parlerà con serena compostezza di un errore, se poi il risultato è un'accusa infamante, un processo lunghissimo e costoso che pur nella fiducia nella giustizia porta le sue incognite? Gli errori sono impliciti nella vita, ma la malasanità è un'altra cosa, e lo vedremo in fondo a questo articolo.

B *Il livello di prevenzione non può essere solo burocratico.* Purtroppo invece sembra che si voglia attivare una prevenzione con il moltiplicarsi di protocolli, circolari e linee-guida, unità operative anti-errore clinico, rischio clinico ecc. per risolvere le cose usando la “teoria del groviera” di James Reason, cioè frapponendo plurimi controlli tra un’azione e la sua esecuzione in modo che se delle criticità vi sussistono, non trovino una via libera per arrivare sino in fondo). Ma quando si moltiplicano le leggi, è segno di qualcosa che non va, perché, come scriveva Tacito (Annales, Libro III, 27) “Corruptissima re publica, plurimae leges”, cioè quando servono molte norme significa che il principio non è chiaro. E qual è il principio? E’ quello della virtù, come ben illustra lo psicologo Barry Schwartz nel libro “Why we work” (3). Potremmo chiamare la “virtù” col termine di “responsabilità personale” o di “passione per il lavoro”, ma il senso è sempre lo stesso: se si ha passione, basta una parola, uno sguardo per spiegarsi e per raddrizzarsi; se non si ha passione, mille leggi non basteranno mai a farla venire e aggiustare le cose, prevenire gli errori, perché troppe leggi provocano un effetto NOCEBO, sia perché se sono troppe non le conosce nessuno tutte, sia perché il messaggio che la pleora di protocolli e circolari dà è un messaggio di incomunicabilità, di distanza e di sfiducia, e hanno una sola conseguenza: la MEDIOCRITA’.

Qual è il collante comune che non rende evidenti il punto A e il punto B? L’aziendalizzazione della sanità, l’aver fatto degli ospedali delle aziende con tutto quel che ne consegue: limitazione del personale alle sue mansioni e ai suoi orari sindacali, paziente che diventa “utenza” se non addirittura “cliente”, medico che diventa “operatore” o “prestatore di un servizio”. Cos’è questa se non la vera MALASANITA’? Perché lo scontento della persona malata (chiamatela oggi pure utenza) non è per l’errore medico in sé, ma per essere stati trattati con indifferenza, freddezza, incomunicabilità. E la gente che reagisce con disaffezione per questi motivi, ha ragione, perché da freddezza e incomunicabilità nascono gli errori: se non si parla e non si ascolta ma si “annota e registra” non si capisce; se la cura dei DRG prende quasi più tempo che la cura del paziente non gli si fa un buon servizio e la gente lo capisce, e si arrabbia, si offende e recalcitra.

La prevenzione degli errori medici passa dalla passione che il medico ha, che un sistema aziendale e burocratico vuole strappargli dal cuore.

A cura di Carlo Bellieni

1. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US, BMJ 2016;353:i2139 <http://www.bmj.com/content/bmj/353/bmj.i2139.full.pdf>
2. Sox Jr HC, Woloshin S. How many deaths are due to medical error? Getting the number right. Eff Clin Pract. 2000 Nov-Dec;3(6):277-83
3. Why we work (TED Books) by Barry Schwartz – Kindle Edition (2015) <https://www.ted.com/read/ted-books/ted-books-library/why-we-work>