

Imparare dall'errore

Appunti per una riflessione sull'errore in medicina

GUIDO BERTOLINI

Laboratorio di Epidemiologia Clinica, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano
Centro di Ricerche Cliniche per le Malattie Rare "Aldo e Cele Daccò", Ranica (Bergamo)

Io stimo mio dovere di farvi assistere anche agli errori, affinché sappiate come questi possano talora evitarsi o come talora possano anch'essere inevitabili. Se poi una volta dovessimo concludere che nessun giudizio è possibile, sarebbe per tutti noi anche questa una buona lezione di modestia.

Augusto Murri

Lezione di clinica medica - Bologna, 21 gennaio 1906

Dopo aver tenacemente studiato, al quarto anno di medicina, l'enciclopedico testo di *Patologia medica*, mi sentivo tutto sommato pronto a cimentarmi con la realtà. Forse un po' stordito dalla quantità di nozioni che avevo appreso, sicuramente depistato da una certa dose di ingenuo ottimismo, mi pareva che il problema principale dell'esercizio della medicina fosse quello di sapere e di ricordare quante più nozioni possibile. Ma le prime esperienze cliniche (come studente frequentatore del reparto di clinica medica) furono un autentico bagno di umiltà. Una gran quantità di ipotesi che riuscivo a fare sui pazienti si rivelavano scorrette, pur riferendosi spesso a patologie che avevo studiato a fondo e di cui ricordavo bene le principali caratteristiche!

Da principio illustravo le mie ipotesi ai medici di reparto, cercando un aiuto per capire dove commettevo gli errori. Poi però smisi di farlo: non volevo sentire sempre i soliti paternalistici, talvolta velatamente accusatori e spesso sterili riferimenti al difetto di esperienza, alla scarsa conoscenza o a entrambi

LEARNING FROM ERRORS

(*Medico e Bambino* 2010;29:100-102)

Key words

Medical error, Uncertainty, Physician

Summary

Physicians are trained within a cultural framework in which the main emphasis is toward the correctness and precision of what is known. The areas of uncertainty are seldom made clear and medical error is more or less implicitly considered unacceptable. Nevertheless, errors are always possible and even unavoidable. Hence, the ability to learn from errors must be developed, particularly by health professionals. To reach such a goal, a new culture that does not ban errors as markers of failures of which to be ashamed - "bad things happen to bad people" - should be promoted. This way, the problem would move from exculpating/condemning people to understanding reasons that have led someone to err. Whilst the main concern should remain to avoid errors, the best way to obtain this is to deeply know factors that facilitate them.

gli elementi, a seconda delle circostanze. Col passare del tempo imparai ad accorgermi anche degli errori (certo meno frequenti) dei medici più esperti, ma a quel punto avevo bene imparato che di tali errori non conveniva parlare, soprattutto non con il diretto interessato!

Al di là dell'aneddotica personale, la formazione del medico avveniva e av-

viene all'interno di un curriculum educativo e di un clima culturale dove l'enfasi è sempre riservata alla correttezza e alla raffinatezza di ciò che si sa e mai a ciò che non si sa. Dove rarissimi sono i riferimenti agli errori, giacché l'errore viene implicitamente bandito come inaccettabile e inammissibile. A onor del vero, l'errore clinico non è mai stato troppo tollerato, in tutta la

storia della medicina. Nel 2500 avanti Cristo, il medico babilonese che veniva riconosciuto responsabile di un errore grave rischiava il taglio delle mani, e non si può dire che andasse meglio all'epoca di Alessandro Magno, quando l'omissione di soccorso da parte di un medico poteva essere punita addirittura con l'impalamento. Nell'Impero Romano, poi, i medici inesperti potevano finire crocifissi, mentre in quello di Gerusalemme (XII secolo) «il medico ritenuto responsabile della morte del suo paziente veniva spinto verso la forca a colpi di frusta attraverso la città, con un orinale in mano»¹.

Sia come sia, rimane un dato che la letteratura medica, antica e moderna, risulti sull'errore scarna e poco organica, indipendentemente dal fatto che si rivolga l'interesse alle riflessioni teoriche o alle analisi di ciò che accade nella realtà. È stato osservato che questo vero e proprio retaggio culturale si traduce da un lato in una spinta verso la disonestà intellettuale, verso la reticenza (quando non addirittura l'occultamento) nei confronti dei propri errori², dall'altro nella difficoltà individuale a sopportare il peso psicologico ed emotivo degli errori³, che spesso si traduce in un misto di rimorso, senso di colpa, paura, rabbia con se stessi, imbarazzo e umiliazione.

Non v'è dubbio alcuno che l'insensibilità verso gli errori commessi sarebbe per la classe medica, così come per qualsiasi altra categoria di professionisti, una vera sciagura, ma mi sembra altrettanto lecito sostenere che promuovere una cultura che consideri l'errore solo (o prevalentemente) come negativo rispetto a un modello trionfalistico di medicina, sia parimenti dannoso. Il fatto è che, come ben si sa, l'uomo non può evitare di commettere errori. Qualsiasi attività ci si accinga a compiere, gli errori sono sempre possibili, se non addirittura inevitabili. Che ci piaccia o no, nel corso della nostra esistenza siamo chiamati a convivere con i nostri errori e con quelli degli altri. Ma ciò non è per forza e sempre un male. La storia del progresso dell'uomo e dell'umanità non si sarebbe potuta compiere in assenza di errori. Si potrebbe anzi affermare che, se

errare è umano, anche e soprattutto la capacità di apprendere, di conoscere e di capire dagli errori è un patrimonio dell'umanità e, come tale, andrebbe accuratamente tutelata e messa a frutto⁴. Ebbene, tutelare e far fruttare gli inevitabili errori significa promuovere una cultura che non li metta al bando, che non cerchi di rimuoverli come segni di altrettanti insuccessi e fallimenti di cui vergognarsi. Significa promuovere una cultura che sappia riflettere con serenità, umiltà e rigore sugli errori commessi e che insegni a cogliere il loro valore progressivo ed evolutivo. Se infatti la preoccupazione che va comunque salvaguardata di fronte all'errore deve rimanere quella di evitarlo, il miglior modo per ottenere questo è imparare a conoscerlo.

D'accordo con i filosofi della scienza, possiamo dire che il primo passo verso la conoscenza scientifica di un fenomeno è quello di uscire dall'arbitrarietà dei termini e usare un linguaggio preciso e convenzionale⁵. Per questo, nell'ambito di corsi di formazione, chiedo spesso ai medici o agli altri operatori di dare una definizione di errore clinico. Le risposte si polarizzano invariabilmente attorno a una versione che, con qualche diversificazione, recita: «l'errore clinico è il deviare dal comportamento (talvolta dalla linea guida) considerato come il più efficace per quella specifica situazione». Posta in questi termini, la faccenda diventa subito critica e la professione medica alquanto pericolosa e frustrante. Adottare una simile rappresentazione di errore significa infatti ammettere in maniera esplicita che il trattamento più efficace da adottare è sempre determinabile e quindi, implicitamente, che l'errore è sempre evitabile. Il medico che commette un errore è dunque, almeno sul piano teorico, pienamente e legittimamente biasimabile.

Certo, quando si analizza il singolo caso, soprattutto se riguarda noi stessi, si trovano sempre molte attenuanti che un poco rassicurano. Ma il vero problema è a monte: risiede proprio nel fatto che il contesto culturale entro cui ci si trova ad analizzare i propri e gli altrui errori è il più penalizzante. È quello che porta ad assumere atteggiamenti

di difesa, a cercare attenuanti o giustificazioni, e che così allontana la possibilità di fare, degli errori, una valutazione seria, al limite spregiudicata, unica via che permette di non renderli inutili.

Qual è, allora, una definizione non negativa di errore? Io credo che si dovrebbe partire dal presupposto che «l'errore è un giudizio». Un giudizio su un'azione, un atteggiamento, un pensiero, che scaturisce da una ricostruzione dei fatti (al limite, da una ricostruzione del mondo), che contraddice in tutto o in parte la costruzione che era stata fatta in precedenza dal soggetto. In questa accezione si ammette anzitutto che, essendo giudizio, l'errore può essere esso stesso un giudizio errato. Ciò richiama un concetto filosoficamente cruciale: «nulla è vero o falso in modo definitivo, e ciò che adesso è verità fu inganno nel passato e tornerà a essere tale nel futuro: noi siamo e ci muoviamo sempre nella falsità e nel male, e siamo altresì sempre nella verità e nel bene»⁶. Se questo è ineccepibile per le diverse epoche della conoscenza umana, lo è altrettanto per i diversi momenti della vita individuale.

Quando applicate direttamente alla medicina, queste considerazioni, lungi dal rappresentare una facile assoluzione di chi commette un errore, hanno a mio avviso due importanti pregi. In primo luogo non colpevolizzano a priori il medico che incorra in un errore, ma anzi lo reintegrano a pieno diritto fra i «comuni mortali». In secondo luogo, e più importante, mettono l'accento sull'interpretazione e la valutazione degli elementi disponibili (la «costruzione del mondo») che ha portato il medico all'errore, e non sulle sue responsabilità. Il problema non è più quello di scagionare o condannare il soggetto, ma diviene finalmente quello di comprendere ciò che ha portato a quella scelta o a quel comportamento che è stato giudicato errato. Si aprono le porte a un clima nuovo, che i von Weizsäcker hanno definito *error-friendliness* ovvero *buona disposizione nei confronti dell'errore*. «L'idea di *error-friendliness* comprende le idee di *produzione degli errori*, di *tolleranza agli errori*, e della cooperazione «amichevole» di questi

due aspetti per l'esplorazione di nuove opportunità. Ed è in questa cooperazione che si colloca l'*utilizzazione degli errori*, che è una caratteristica assolutamente generale di tutti i sistemi viventi, indipendentemente dal livello gerarchico che si voglia prendere in esame»⁷.

Molto spesso, quando viene affrontato il problema dell'errore in medicina, si fa riferimento ad altri ambiti dell'agire umano in cui si è riusciti a ridurre l'incidenza di errori a livelli bassissimi. Gli esempi più usati sono quelli delle centrali nucleari, del controllo del traffico aereo, dell'aviazione, e altri ancora⁸⁻¹⁰. Personalmente credo che i confronti diretti con questi sistemi siano davvero fuorvianti, per una serie innumerevole di ragioni di cui basta ricordarne una: il livello assai maggiore di incertezza che caratterizza il sapere medico¹¹ rispetto agli altri saperi di riferimento considerati. Vi è tuttavia un aspetto che rende questi confronti potenzialmente fecondi. Al di là delle specifiche azioni messe in atto, il più delle volte di difficile esportazione, in quegli ambiti si è di fatto riusciti a costruire un clima di *error-friendliness*. Nelle centrali nucleari, nell'aviazione civile e militare e in molti altri campi, l'errore è considerato non solo possibile ma addirittura inevitabile: è uno degli aspetti

del sistema con cui bisogna fare i conti. Ogni errore che viene commesso diventa così prezioso per conoscere e migliorare il sistema stesso, tanto che esistono incentivi alla loro segnalazione. È stato persino coniato il termine di *near-miss* ("mancato incidente") per indicare quegli eventi che, pur avendone il potenziale, non hanno causato conseguenze apprezzabili, che la dice lunga sull'impegno attivo dedicato alla ricerca e all'analisi degli errori¹².

È allora soprattutto sul terreno culturale che la medicina deve fare ancora molta strada, se si vuole arrivare al punto in cui il medico, quando intraprende un'azione, non si attenda solo il risultato voluto, ma pensi spontaneamente anche all'errore possibile¹³. La posta in gioco è elevatissima, come dimostra la recente stima secondo cui almeno 44.000 americani, ma probabilmente addirittura 98.000, muoiono ogni anno a causa di un errore medico evitabile¹⁴.

Publicato su "Ricerca & Pratica" 2009; 25:127-30, per gentile concessione.

Indirizzo per corrispondenza:

Guido Bertolini
e-mail: bertolini@marionegri.it

Bibliografia

1. Debenedetti E. Conoscenza ed errore in medicina. Torino: Minerva Medica, 1959.
2. McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *BMJ (Clin Res Ed)* 1983;287:1919-23.
3. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA* 1991;265:2089-94.
4. Jastrow J. Storia dell'errore umano. Verona: Mondadori, 1945.
5. Geymonat L. Filosofia e filosofia della scienza. Milano: Feltrinelli, 1980.
6. Levi A. Il problema dell'errore nella filosofia neo-criticista. Milano: Hoepli, 1931.
7. von Weizsäcker E, von Weizsäcker C. Come vivere con gli errori? Il valore evolutivo degli errori. In: Ceruti M, Laszlo E (Eds). *Physis: abitare la terra*. Milano: Feltrinelli, 1988, p. 126-38.
8. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-70.
9. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000;320:745-9.
10. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272:1851-7.
11. Rosaia L. L'incertezza della medicina. *Le Scienze* 1986;209:32-9.
12. Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000;320:759-63.
13. Nordio S. Perinatologia. Convivere con gli errori. *Medicina e morale* 1992;1:11-25.
14. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M (Eds). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press, 2000.

