L’ERRORE in MEDICINA:INDIVIDUALE-di PROCEDURA-di SISTEMA

Data 14 aprile 2024
Categoria professione

PrimaParte

Gli organismi biologici sono quanto mai complessi e variabili: l’errore in medicina non è eliminabile ma è spesso evitabile o correggibile ed è sempre una occasione di apprendimento (chi apprende difficilmente commette due volte il medesimo errore…). La medicina contemporanea ci offre straordinari strumenti diagnostici ma al tempo stesso ci obbliga ad essere sempre più precisi e tempestivi nella diagnosi e nella terapia: molti errori sono evitabili con strumenti tecnologici avanzati impiegati tempestivamente.
E’ dunque molto importante che ciascuno di noi apprenda e perfezioni una “cultura di prevenzione-individuazione tempestiva-correzione dell’errore”.

Che cosa si intende comunemente per “Errore Medico?”
Proviamo a porre questa domanda a persone di varie professionalità e cultura: noteremo che le risposte sono notevolmente influenzate dalla prospettiva di chi risponde. Ad esempio i pazienti che frequentano con assiduità gli studi medici tendono a considerare “errore” tutte le azioni del medico che non corrispondono alle loro aspettative. In ambito giuridico e deontologico esistono varie definizioni ed interpretazioni la più condivisa delle quali è probabilmente quella di ritenere l’errore come “ un intervento inappropriato- o la omissione di un intervento appropriato- cui consegua un evento avverso”. Tuttavia se chiedete ad un esperto di diritto se trovi questa “definizione operativa” soddisfacente molto probabilmente vi farà notare che la recente Legge Gelli estende l’ambito dell’errore a tutti gli eventi avversi,al ritardo di guarigione ed addirittura alla mancata acquisizione delle migliori condizioni di salute …! ((per buona sorte dei medici e del personale sanitario i giudici fino ad ora si sono dimostrati molto più saggi ed equilibrati dei legislatori…)).
Data la complessità del problema è indispensabile esaminarlo, sia pure sinteticamente,in tutti i suoi più importanti aspetti.
In questa e nelle prossime pillole proponiamo una panoramica delle conoscenze basilari sui meccanismi che favoriscono l’errore: ciascuno di noi da questa ed altre letture potrà elaborare una metodologia ed una prassi che gli permetteranno di di imparare sistematicamente dai propri piccoli errori quotidiani e quindi di sbagliare meno.

Un primo importante contributo sulle caratteristiche dell’errore provenne dallo studio dei sistemi: anche se medici ed operatori sanitari agiscono con prudenza, perizia e diligenza il sistema diagnostico assistenziale può generare errori anche gravi se non è controllato ed è verificato in ogni procedura e in ogni passaggio.
Un ulteriore importante balzo in avanti venne fornito dalle ricerche della psicologia cognitiva e dai progressi della statistica medica: si è infatti dapprima compreso e successivamente dimostrato che l'errore è relativamente frequente nella pratica medica in quanto in tutte le nostre strategie diagnostiche si annida sempre la potenzialità dell'errore.
Più precisamente le grandi ricerche di psicologia della decisione che portarono in anni diversi al premio Nobel ben tre ricercatori (Herbert Simon, Richard Thaler e David Kahneman) hanno ormai definitivamente dimostrato che non esistono procedure di ragionamento esenti dall’errore.
Vi sono diverse strategie decisionali veloci definite “euristiche” (vedi capitolo sulla diagnosi), ciascuna delle quali comporta possibili errori ad essa legati; vi sono anche ovviamente strategie più complesse e raffinate che non comportano generalmente gli errori delle euristiche, ma altri tipi di possibili errori.

 Il quadro generale
Come già sottolineato sono state date numerose definizioni di errore medico. Secondo l’Institute of Medicine degli Stati Uniti un Errore Medico è “ *un fallimento, non dovuto al caso, nella pianificazione e/o nella esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento dell’obiettivo”.*
Gli errori medici si possono verificare sia nella medicina del territorio che in ambiente ospedaliero. I reparti più a rischio di errore sono quelli chirurgici, di emergenza e di terapia intensiva.
Gli errori più comunemente riportati sono:
 errori nella diagnosi (diagnosi mancata, errata o ritardata);
 mancata prevenzione di effetti avversi da farmaci;
 trasfusioni (con scambio di pazienti o di sacca);
 terapia insufficiente o eccessiva;
 errori durante interventi chirurgici (lesioni, interventi nel sito sbagliato, pezzi chirurgici o garze lasciati in situ);
 identità errata dei pazienti;
 mancata prevenzione delle cadute e delle ulcere da decubito;
 infezioni da catetere vescicale o da catetere centrale;
 infezioni nosocomiali (soprattutto nei reparti di terapia intensiva);
 errori di laboratorio;
 somministrazione di un farmaco sbagliato.

Per quanto riguarda la diagnosi le condizioni che più frequentemente vanno soggette ad errore sono:
 ictus;
 infartomiocardico;
 emboliapolmonare;

 meningite;
 ascessoepidurale;
 torsionetesticolare;
 setticemia;
 neoplasie;
 appendicite;
 fratture.

La probabilità di errore è direttamente proporzionale alla complessità del contesto in cui si opera. Quindi in quest'ottica si dovrebbe cercare, nei limiti del possibile, di ridurre la complessità per poter aspirare ad una prevenzione.

Vi sono inoltre varie condizioni che favoriscono l'errore. Tra le altre ricordiamo:

 inesperienza;
 mancanza di tempo;
 stanchezza;
 mancata comunicazione tra il personale che si occupa del paziente;
 mancanza di una cura coordinata;
 scarsa attenzione della direzione alla sicurezza;
 mancata segnalazione di apparecchi malfunzionanti o loro mancata sostituzione o riparazione;
 mancanza di protocolli studiati per ridurre la possibilità di errore;
 mancata motivazione del personale;
 suddivisione del lavoro troppo frazionata e con scarsa collaborazione tra le varie figure coinvolte;
 mancanza di controlli;
 difficile relazione con i pazienti (pazienti con patologie psichiatriche o problematici).

 Gli errori diagnostici

Come abbiamo visto nel capitolo sui procedimenti diagnostici il medico utilizza essenzialmente due strategie che si richiamano ai pensieri lenti e veloci di Kahneman, che vinse il premio Nobel per le sue teorie. Anche se le teorie di Kahneman erano state elaborate in ambito economico si possono benissimo adottare per spiegare come il medico si approccia alla diagnosi.

Gli errori diagnostici possono avvenire sia quando si usano i pensieri lenti (algoritmi o flow chart) sia quando si usano le euristiche (pensieri veloci), anche se probabilmente sono più frequenti con quest'ultime. Infatti, in rapporto alle energie spese, le euristiche sono molto economiche ma proprio per questo soggette a distorsioni cognitive che portano ad errare.

 Errori del processo deduttivo (pensieri lenti)

Teoricamente applicando in modo sistematico e avveduto il metodo deduttivo e i pensieri lenti il margine di errore dovrebbe essere molto ridotto:
 si raccoglie una completa anamnesi;
 si esegue un accurato esame obiettivo;
 si elaborano delle ipotesi;
 si scartano quelle ritenute meno confacenti al caso in questione;
 se è necessario si richiedono degli accertamenti;
 si riesaminano le ipotesi in un progressivo lavoro di rifinitura che alla fine porterà alla diagnosi corretta;
 qualora gli elementi raccolti non fossero sufficienti il processo riprende di nuovo con l'elaborazione di nuove ipotesi, la richiesta di altri accertamenti e così via.

Tuttavia questo processo molto complesso è suscettibile di deragliamento in uno qualsiasi degli snodi decisionali. Per esempio il problema iniziale può essere impostato in modo errato. Supponiamo di avere di fronte un paziente che lamenta cefalea e astenia. Si può impostare il problema dando importanza alla cefalea e tralasciando l'astenia perché ritenuta troppo aspecifica e non importante ai fini diagnostici. Si arriva quindi ad una conclusione che dopo qualche mese si dimostra falsa: il sintomo astenia non doveva essere trascurato perché indicava la presenza di una patologia grave come per esempio una neoplasia o una leucemia.

Altre volte vi può essere un'incompleta raccolta dei dati anamnestici perché il medico non ci pensa e/o il paziente non li riferisce (per pudore, perché li ritiene non importanti, ecc.). L'anamnesi è ritenuta ancora oggi, nell'epoca del digitale 3.0 e dell'affermarsi dell'intelligenza artificiale, uno dei pilastri portanti della diagnosi. La casa diagnostica si costruisce dalle fondamenta, tuttavia spesso si tende a una raccolta frettolosa e/o incompleta perché la si considera meno importante rispetto agli esami di laboratorio o agli accertamenti strumentali. È un errore che va evitato e di cui bisogna essere consapevoli.

L'errore può verificarsi per una scorretta elaborazione di ipotesi. Per esempio non si considera una patologia come possibile causa del sintomo perché la si ritiene rara mentre in realtà non lo è (errata stima della probabilità a priori). L'ipertensione da iperaldosteronismo, secondo alcune casistiche, rappresenta circa il 10% dei casi di ipertensione eppure non ci si pensa perché considerata poco frequente se non in caso di riscontro di ipopotassiemia. Eppure in molti casi di iperaldosteronismo il potassio sierico è normale.

In altri casi l'errata elaborazione delle ipotesi iniziali dipende da una mancata conoscenza del medico: tra le varie cause di dispnea può esserci la sindrome di Guillain-Barrè che però il medico, data la sua rarità, probabilmente non ha mai visto e che talora non viene nominata neppure nei testi di diagnostica differenziale e nelle flow chart.

Il processo logico-deduttivo può incepparsi per una errata interpretazione di un test o di un accertamento diagnostico. Un paziente di 58 anni lamenta persistente lombalgia di cui non aveva mai sofferto, quindi il medico richiede una radiografia della colonna lombo-sacrale. Il radiologo referta il quadro descrivendo le tipiche alterazioni

artrosiche. Dopo qualche mese il paziente si deve ricoverare per il persistere della lombalgia e la comparsa di calo ponderale e febbricola. Un esame ematochimico dimostra la presenza di un picco monoclonale sospetto per mieloma e una nuova radiografia della colonna evidenzia un'area di osteolisi a livello della quarta vertebra lombare. Rivedendo la lastra eseguita in precedenza ci si accorge che effettivamente era già presente una piccola lesione sospetta, in parte nascosta da gas intestinale che aveva portato ad una lettura errata.

Una causa di errore da non sottovalutare è l'eccesso prescrittivo, vale a dire la tendenza a richiedere molti esami, anche invasivi, che non sono strettamente necessari. Non di rado questo avviene per medicina difensiva: per timore di una causa legale da mancata diagnosi si prescrivono molti esami anche se clinicamente non indicati. Spesso questo costituisce solo un dispendio di energia e di costi in termini di risorse economiche, di mezzi e di personale. Talora può comportare, però, delle complicanze. Si pensi per esempio ad una complicanza come la perforazione o l'emorragia in seguito ad una colonscopia eseguita senza che vi
fosse una reale necessità clinica in un soggetto con chiara diagnosi di colon irritabile. In questo caso l'errore non è la comparsa di complicanze della colonscopia (che sono note e previste) quanto l'aver prescritto un esame senza una precisa motivazione. Si tratta ovviamente di un errore che non finirà davanti a un giudice, ma che clinicamente va considerato come tale.

Tratto da "Guida alla professione di Medico" GEDI Editore
Rielaborato da RICCARDO DE GOBBI

Segue nella seconda parte

Per approfondire la diagnostica clinica:

Collecchia G, De Gobbi R, Fassina R,Ressa G, Renato L Rossi: La Diagnosi Ritrovata Il Pensiero Scientifico Ed. Roma 2021
pensiero.it/catalogo/libri/professionisti/la-diagnosi-ritrovata

Renato Luigi Rossi: Zona d'ombra
Dubbi e incertezze tra pazienti e medicina dell'evidenza IlPensiero Scientifico Ed. Roma 2022
pensiero.it/catalogo/libri/pubblico/zona-d-ombra

Per approfondire il problemma dell'errore in medicina:

Guida alla professione medica Autori: Giampaolo Collecchia, Riccardo De Gobbi, Roberto Fassina, Giuseppe Ressa, Renato Luigi Rossi, Daniele Zamperini
ilmiolibro.kataweb.it/libro/medicina-e-salute/666455/guida-alla-professione-di-medico/