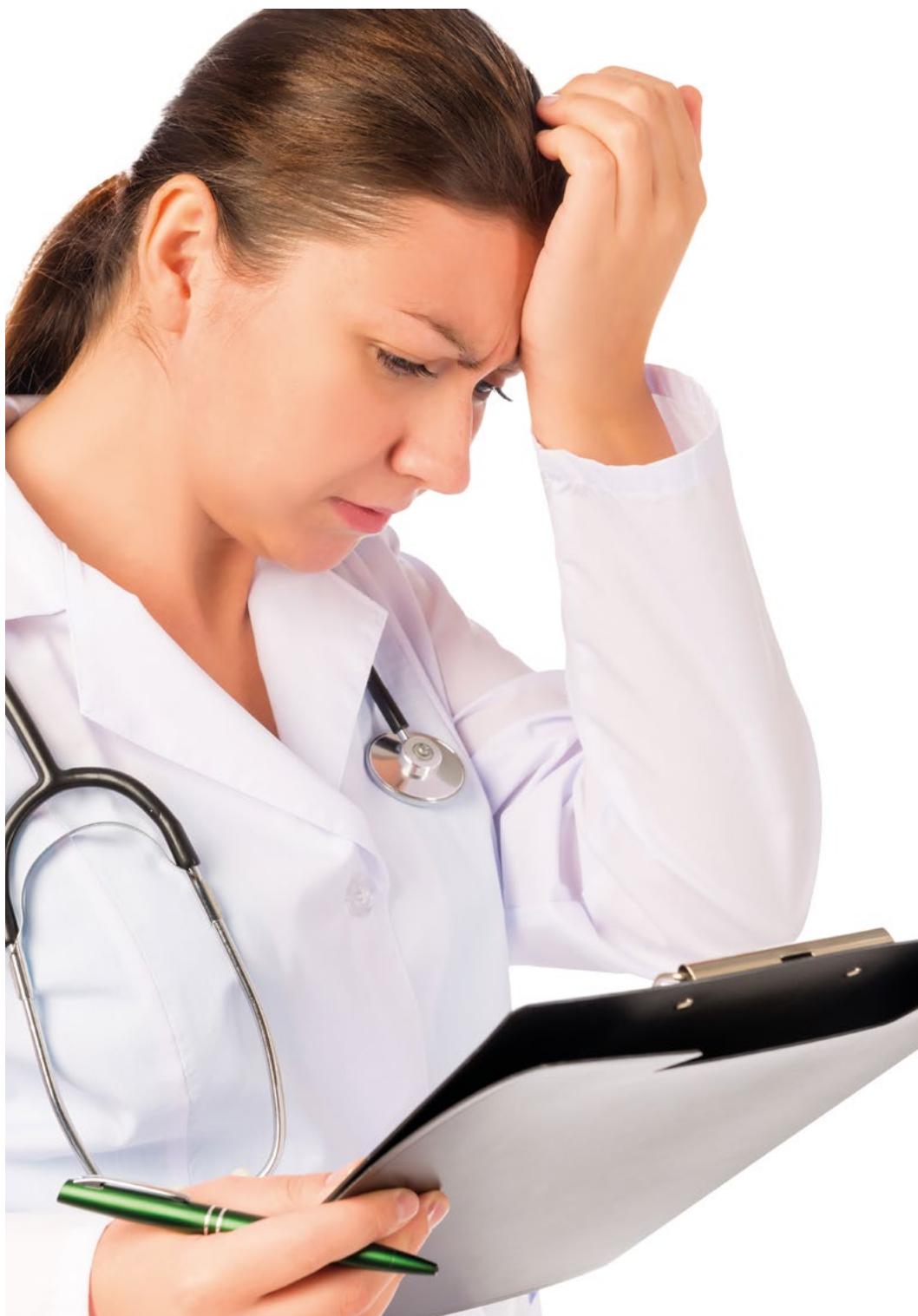


■ ERRORI IN MEDICINA: CAPIRNE LE CAUSE PER PREVENIRLI

Giuseppe Luzi



In un manuale del Ministero della Salute, prodotto nel marzo 2010 (Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico - manuale per la formazione dei medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia), una delle tante pubblicazioni che analizzano l'annosa questione degli errori in Medicina, c'è un elenco che testualmente riportiamo e che può aiutarci per alcune considerazioni.

Partiamo dalla seguente raccolta di definizioni.

Rischio clinico: possibilità che un paziente subisca un danno o disagio involontario, imputabile alle cure sanitarie, che causa un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

Errore: fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al "caso", dell'obiettivo desiderato.

Errore di esecuzione: fallimento degli obiettivi prefissati a causa di una errata esecuzione di azioni, adeguatamente pianificate.

Errore d'attenzione o di percezione: errore nell'esecuzione di una sequenza di azioni dovuto ad un deficit di attenzione o di percezione.

Errore di memoria: errore dovuto a deficit transitorio di memoria.

Errore di giudizio: incorre nella formulazione di un giudizio, si manifesta nei processi inferenziali coinvolti nell'analisi di un problema, nella selezione di un obiettivo o nella esplicitazione dei mezzi per raggiun-

gerlo. Può essere dovuto a scelta di regole errate o a conoscenze inadeguate.

Errore di omissione: mancata esecuzione di un'azione che doveva essere eseguita.

Errore di pianificazione: mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati a causa di una errata pianificazione

Evento avverso: evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, di carattere non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili e non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

Perché questo breve elenco degli errori possibili in Medicina? Perché il 3 maggio 2016 è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista "*The British Medical Journal*" un articolo di grande interesse, dal titolo "*Medical error - the third leading cause of death in the US*". Nel paper Martin Makary e Michael Daniel, gli autori, pubblicano una serie di osservazioni e proposte che inducono a utili riflessioni.

Negli USA una delle maggiori cause di morte, al terzo posto dopo le malattie cardiache e il cancro, è rappresentata da errori medici. In buona sostanza, secondo questa revisione, vari errori di natura medica causerebbero non meno di 250.000 decessi/anno. La pubblicazione nasce da uno studio comparativo condotto presso la Johns Hopkins University, i cui ricercatori hanno analizzato il tasso di mortalità degli anni che vanno dal 1999 al 2008. Secondo la ricerca, calcolando il totale dei decessi negli USA, la percentua-

le delle morti correlate a cause mediche si aggira attorno al 10%.

Gli autori citano, come esempio, un caso interessante e, didatticamente assai efficace: “Una giovane donna torna in salute dopo un’operazione di trapianto andata a buon fine e viene dimessa dall’ospedale. Tuttavia la paziente viene di nuovo ricoverata per una serie di ulteriori accertamenti tra i quali alcuni non strettamente necessari, compresa la pericardiocentesi. Ancora dimessa la donna va incontro a un terzo ricovero alcuni giorni dopo, con emorragia intraddominale e arresto cardiorespiratorio.

Il riscontro autoptico ha messo in evidenza che l’ago utilizzato per effettuare la pericardiocentesi aveva provocato uno pseudoaneurisma che successivamente è andato incontro a rottura causando la morte.

Il certificato di morte identificava il decesso come causa cardiovascolare”.

Non si vuole ora entrare sul tema dei rapporti conflittuali tra medico e paziente e sulle ineliminabili implicazioni medico legali che ormai sono all’ordine del giorno, ma si vogliono sottolineare alcuni aspetti concettuali, adeguatamente evidenziati dall’articolo.

La sostanza dell’indagine ha messo in luce come le percentuali di incidenza dei decessi correlati a cause mediche non vengano inserite nei metodi di standardizzazione usati per le raccolte statistiche. La questione è importante e riguarda tutto il sistema dell’assistenza sanitaria. Negli USA quando un malato viene dimesso dalla degenza o se ne valutano le cause di morte è usato un codice ICD (In-

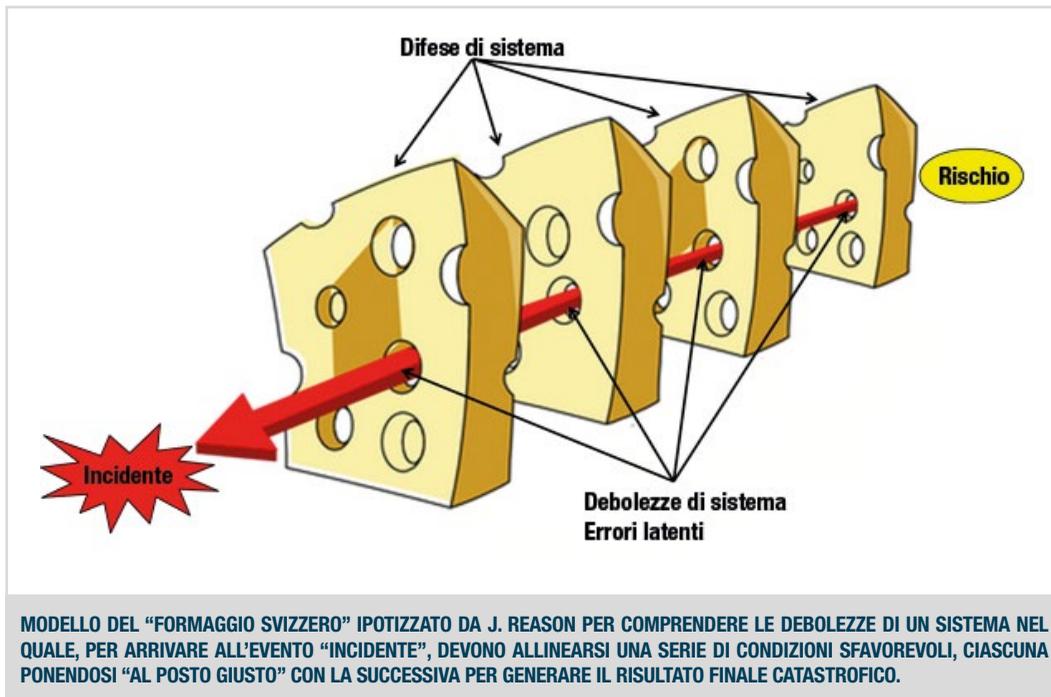
ternational Classification of Disease). In pratica le malattie note sono inserite in un codice predefinito mentre tutte le cause di morte non associate a un codice ICD (per esempio quelle da fattore umano o da alterazioni sistemiche dell’assistenza) non vengono considerate. La codifica ICD vale anche nel nostro Paese. Chi ha visto una serie televisiva di successo come “Indagini ad alta quota”, ha potuto rendersi conto di quanto impegnativo sia il lavoro degli esperti chiamati a identificare le cause che hanno determinato un incidente aereo. Chi prende un aereo, giustamente si sente sicuro, perché i progressi dell’aviazione rendono il volo un evento tranquillo. Ma l’incidente è sempre possibile, anche se con probabilità molto bassa.

Si pensa comunemente che le cause siano riconducibili alla struttura dell’aereo, a fattori metereologici, al rischio di terrorismo, ma attenzione, le cose stanno diversamente.

Sebbene le cause di un incidente aereo siano molteplici, i punti critici di maggiore rilevanza riguardano piloti e personale di terra. Si valuta con buona approssimazione che il fattore umano giochi un ruolo critico nel 60 - 70% dei casi.

L’errore umano è inevitabile; fa male dirlo, ma è il primo passo per una gestione corretta delle fasi che possono impedire che l’errori si manifesti.

Nell’analisi del rischio il celebre J. Reason, ormai quasi 30 aa fa, ha proposto il modello del “formaggio svizzero” per capire meglio il peso degli errori latenti in un sistema. L’approccio del formaggio è messo bene



in luce in uno schema che tutti conoscono nell'ambito del risk management.

Il modello parte dal presupposto che l'evento "incidente" o "errore" esprima solo una frazione (punta dell'iceberg) di quanto complessivamente è alla base di ciò che si è verificato. In buona sostanza per un incidente "di fatto" altri non si sono verificati perché un operatore o un sottosistema di controllo hanno impedito che si verificassero. Esistono in ogni sistema errori "latenti" che prima o poi possono verificarsi. Se questo è vero per la gestione di un prodotto aziendale, se questo è vero nella sequenza operativa che consente di gestire con sicurezza il volo di un aereo, è evidente che l'approccio può estendersi all'errore che si verifica in campo medico-assistenziale. Su questo punto però è necessario fare molta attenzione, sia per evitare capri espiatori (la sola colpa "del medi-

co") sia per evitare generalizzazioni che "assolvano" impropriamente la genesi di quanto accade con esito negativo.

Il modello "storico" proposto da Reason è non privo di pregi e rappresenta un buon ausilio nella ricerca degli errori latenti. È stato sottoposto ad alcune critiche ma costituisce un buon esempio per la ricerca degli errori che portano all'evento finale non desiderato. Il suo limite sembra consistere, almeno in una prima approssimazione, nel non prendere in esame l'errore come non dipendente dal solo atto negativo. Infatti il "buco" può generarsi dal convergere di più fattori o comportamenti che non sono necessariamente sbagliati o "negativi" in principio. Si tratta di dare una lettura più estensiva della genesi dell'errore in un sistema, da considerare anche nella sua non-linearità. I sistemi complessi, sappiamo, sono caratterizzati da generare conseguenze

importanti anche per piccoli input di disturbo. Diciamo, ottimisticamente, che si possono giovare della loro stessa varietà/variabilità ma a certe condizioni. Le variazioni possono essere favorevoli alla dinamica del sistema (e lo migliorano), ma possono perturbarlo fino al default o semplicemente trasformarlo.

In pratica un sistema intelligente con adeguate capacità adattative utilizza gli errori consentendo un'evoluzione favorevole del sistema stesso. Ecco dove il lavoro su BMJ raggiunge il suo scopo, segnalando il punto chiave: la necessità di identificare, annotare gli errori (propri e nel contesto operativo), descrivere situazioni anomale che se nascoste non possono far evolvere il sistema. È dunque importante misurare l'errore. Non con spirito di inquisizione punitiva. Altrimenti non se ne esce. L'ottica deve perseguire lo scopo di migliorare il sistema e di

trovare i “buchi” che devono scomparire o quanto meno ridursi per evitare l'allinearsi di conseguenze nefaste:

“When a medical error results in death, both the physiological cause of the death and the related problem with delivery of care should be captured”.

La proposta strategica, secondo Makary e Daniel, deve prevedere almeno tre tappe: 1) evidenziare l'errore, renderlo visibile per capire quali conseguenze ha generato; 2) predisporre un intervento di protezione per limitare o, meglio, evitare le conseguenze negative sul malato; 3) valutare il fattore umano per ridurre la frequenza degli errori. Come sinteticamente riportato di seguito nella figura tratta direttamente dal lavoro pubblicato: BMJ 2016; 353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139 published 3 May 2016 ■

