

5. La comunicazione dell'errore medico al malato

Dr. Paolo Crociani - *cardiologo*

...experior me tamen innumeris erroribus esse obnoxium....

Descartes, IV Meditazione metafisica

Nel corso di procedure mediche si possono verificare eventi dannosi per i pazienti (1), che vengono spesso imputati ad errori del personale sanitario (2).

Si discute tuttora se l'errore possa essere definito indipendentemente dai suoi effetti dannosi o se, piuttosto, non lo si debba definire in base agli esiti men che ottimali di un processo di cura che venga attuato in un dato contesto strutturale (3). Ciò contribuisce a spiegare perché può non essere chiaro se vi sia stato un errore .

Se si stabilisce che vi è stato un errore, può non essere facilmente riconosciuto il ruolo causale del personale a diretto contatto con il paziente e, rispettivamente , delle caratteristiche del sistema in cui il personale opera (3). Infatti, l'errore medico, come in generale gli errori umani, può essere considerato secondo una prospettiva "personale" o una prospettiva "di sistema".

In campo medico prevale tuttora l'approccio "personale" ; esso considera le azioni pericolose di persone che operano nei punti di maggior impegno del sistema sanitario come comportamenti esclusivamente conseguenti a dimenticanza, mancanza di attenzione, scarsa motivazione, ecc., ossia a fenomeni che attengono alla sfera psicologica dell'individuo.

L'assunto fondamentale della prospettiva "sistemica" è la fallibilità umana, all'origine di errori anche nella migliore organizzazione. Gli errori sono conseguenza di fattori sistemici ; questi si possono individuare sia in punti " trappola" esistenti sul posto di lavoro sia nei processi organizzativi che li creano. Le contromisure si basano sull'assunto che , mentre non possiamo cambiare la natura umana, possiamo modificare le condizioni nelle quali l'uomo lavora, costituendo barriere che salvaguardino il sistema quando si verifica un evento avverso. La questione importante non è chi abbia commesso l'errore, ma come e perché le difese del sistema non abbiano retto (3).

Quando è chiaro che è stato commesso un errore, assumersene la responsabilità mette seriamente alla prova l'impegno del medico alla correttezza: l'impulso a proteggersi può prevalere sull'obbligo professionale della verità.

Il desiderio del paziente di avere spiegazioni circa il danno patito si può meglio comprendere sapendo che l'assenza di informazioni può prostrarre la sofferenza del malato impedendogli il distacco emotivo dall'evento dannoso. La considerazione della prospettiva di chi soffre è di aiuto al medico che si trova di fronte alle questioni pratiche di che cosa dire e di che cosa fare dopo un errore:essa infatti evita al medico di confondere i propri sentimenti e la propria visione con quelli del malato e , nello stesso tempo, gli permette di affrontare in modo adeguato le proprie necessità.(4)

Quali che siano le responsabilità dell'evento dannoso, anche se il medico decide di comunicare l'errore al malato, può accadere che la comunicazione sia parziale. Ciò può dipendere dal fatto che i medici non sono stati istruiti a comunicare l'errore. La " comunicazione dell'errore" si può definire, infatti, come un procedimento con cui vengono date al paziente ogni informazione che gli

permetta di prendere decisioni informate sulle cure di cui può aver bisogno(5). Perché ciò sia possibile, la comunicazione dell'errore deve avere una struttura tale che il paziente comprenda pienamente il rapporto tra l'errore il danno.

Può essere utile l'esame del seguente caso:

un paziente diabetico deve essere sottoposto ad indagine endoscopica per un'emorragia gastrointestinale ; pur essendo a digiuno per questo motivo, gli viene ugualmente somministrata l'insulina. A causa dell' ipoglicemia il paziente ha un attacco epilettico , cade dal letto e si frattura il femore (5).

Perché la comunicazione dell'errore sia completa , dev'essere comunicato al paziente che vi è stato un errore (somministrazione di insulina a digiuno) e quale è stato l'errore; devono essere spiegati il nesso tra l'errore e il suo effetto immediato (ipoglicemia) e il nesso di tale effetto con la sua conseguenza (crisi epilettica); infine, se l'errore ha causato un danno (frattura del femore), questo dev'essere specificato e dev'essere spiegato il nesso fra l'errore e il danno.

Se la comunicazione non ha questa struttura, è considerata parziale. Se ne possono distinguere alcuni tipi.

1. L' evento errore viene citato, ma non viene definito tale e non viene illustrato il nesso con il danno. Nel caso ipotetico descritto potrebbe venir detto al malato :” *Lei ha avuto una crisi epilettica, perciò è caduto dal letto e si è fratturato il femore*”. Alla domanda “*Perché ho avuto una crisi epilettica?*” si risponde: “*sembra che l'insulina abbia abbassato la glicemia e Lei non aveva mangiato*”. Al paziente, privo di conoscenze mediche, viene lasciato l'onere di completare la sequenza errore –danno identificando nella somministrazione dell'insulina a digiuno un errore.

2. L'evento errore non viene citato o viene descritto parzialmente. Nel caso descritto potrebbe venir detto:”*Lei è diabetico , e noi Le abbiamo somministrato l'insulina alle dosi che Lei assume abitualmente. Sfortunatamente la glicemia è scesa troppo provocando la crisi epilettica*”.Il danno viene spiegato come conseguenza finale di una complicazione possibile della terapia.

Potrebbe anche venir detto:”*Nei diabetici sono possibili ampie oscillazioni della glicemia e nel suo caso l'oscillazione è stata più ampia del previsto*”. Il danno viene spiegato come conseguenza di eventi che possono rientrare nella storia naturale della malattia.

3.Viene citato solo l'evento patologico che origina il danno. Al paziente potrebbe esser detto:”*Lei è caduto dal letto per una crisi epilettica ; le crisi epilettiche possono avere varie cause; stiamo ricercando la causa della sua crisi*”. La relazione tra errore ed evento dannoso è virtualmente certa, ma, sfruttando il principio che molte patologie hanno varie possibili cause, si cerca di differire una risposta precisa.

Anche la conoscenza del sistema di valori del malato può aiutare il medico nella comunicazione dell'errore , ma il medico deve assolutamente evitare di sfruttarli a proprio vantaggio(4).

In conclusione, la comunicazione al malato di un danno legato ad un errore medico è un momento molto complesso e ed emotivamente gravoso della relazione medico-paziente. La difficoltà del medico a comunicare il proprio errore dipende sia dal comprensibile impulso a proteggersi , che trova un razionale rinforzo nel fatto che il concetto di errore medico è tuttora discusso, sia dalla complessità della comunicazione che, per essere completa, ,deve rispondere a determinati requisiti e tener conto del sistema di valori e delle attese del paziente.

Bibliografia:

1.Leape L.L. Error in medicine. JAMA,272,1851,1994

2. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*, 320,768,2000
3. Hofer T.P., Kerr E.A. What is an error? *Eff. Clin. Pract.* 3,261,2000
4. Berlinger N., Wu A.W. Subtracting insult from injury: addressing cultural expectations in the disclosure of medical error. *J. Med. Ethics* 31,106,2005
5. Fein S.P., Hilborne L.H., Spiritus E.M. et al. The many faces of error disclosure : a common set of elements and a definition. *J. Gen. Intern. Med.* 22,755,2007