

Dottore dica: mi sono sbagliato

Errori grossolani. Diagnosi superficiali. Studi clinici contraddittori. Terapie inefficaci. Perché troppo spesso molti professionisti improvvisano

di **Daniela Minerva** Foto di A. Albert e P. Verzone

Il dubbio è impertinente. Ma inevitabile di fronte alla crescita costante delle cause che vedono i medici imputati di errore: su 8 milioni di persone ricoverate ogni anno in ospedale, il 4 per cento (all'incirca 320 mila persone) lamentano danni più o meno gravi e sono oltre 15 mila i pazienti che ne muoiono. È legittimo di fronte al quotidiano peregrinare di pazienti da uno specialista all'altro, a caccia di una diagnosi precisa cui far corrispondere una terapia efficace per sintomi frequenti e, apparentemente, banali come il mal di schiena, le prostatiti, i dolori addominali, l'infertilità e mille altri. I milioni di italiani che ci sono passati sanno che decine di accertamenti costosi (come la Tac o la Pet ormai richieste routinariamente in caso di dolori osteoarticolari e addominali), invasivi (come le esplorazioni prostatiche o intestinali), devastanti (come le stimolazioni ormonali corredate da diagnostica a ultrasuoni e prelievi quotidiani per le donne presunte infertili) conducono raramente a diagnosi e terapie univoche.

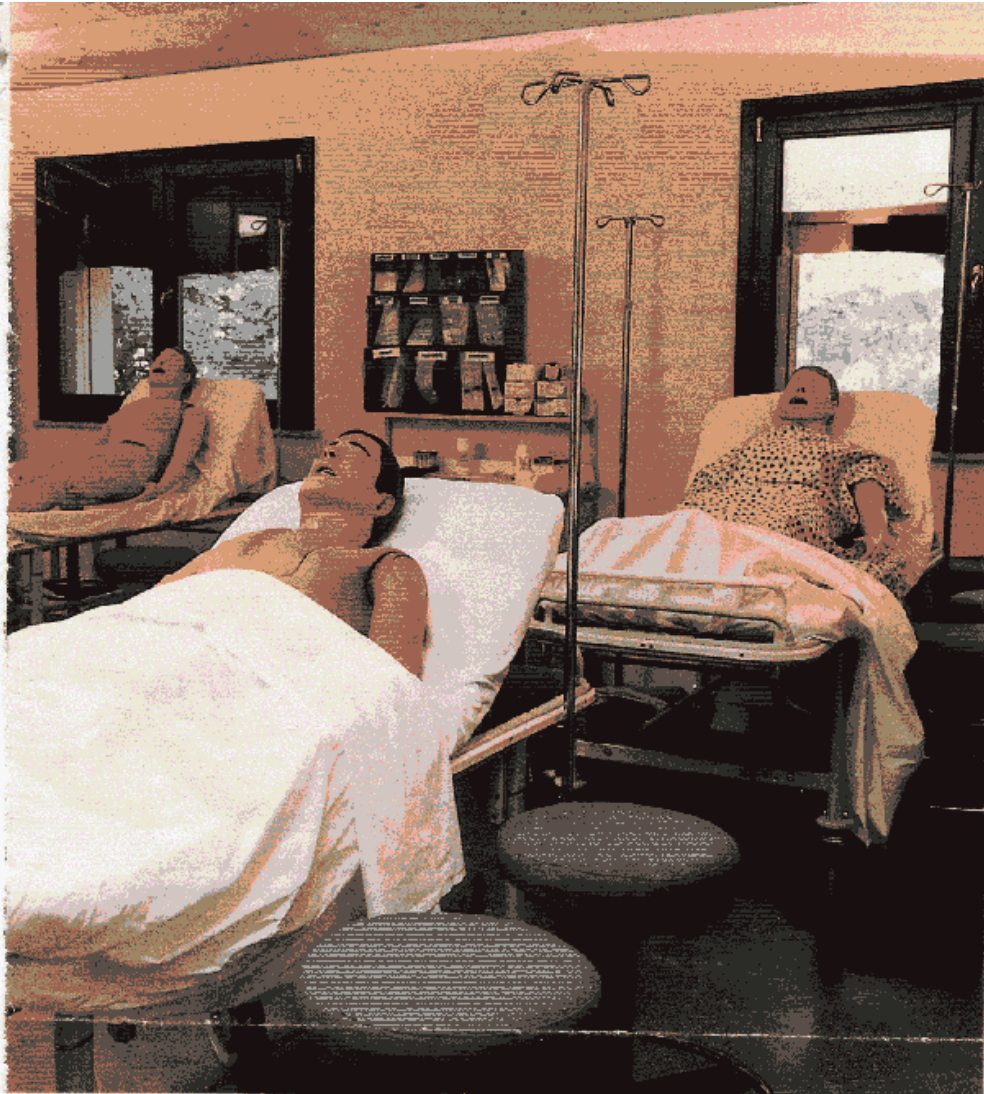
Allora, di fronte a quello che il filosofo della medicina americano Edmund Pelle-

grini ha chiamato «uno stato confusionale senza precedenti della medicina», scagli la prima pietra chi non si è mai chiesto: «Ma non sarà che è tutto un bluff? Non sarà che la metà di ciò che i medici dicono è sbagliato?». E pensare che lo dicono così bene. Con aria rassicurante nel loro camice inamidato mentre sfogliano radiografie, tomografie, ecografie, ecodoppler e mille altre diavolerie diagnostiche. Le muovono e le scrutano con la perizia con cui gli antichi sciamani maneggiavano i loro simboli di sacralità. Incapaci, i medici stessi, di fare quel salto che i tempi moderni richiedono: rinunciare all'aura sacrale, e imparare a dire «Non lo so»; talvolta: «Ho sbagliato».

Perché non c'è dubbio che da quello stato confusionale di cui parla Pellegrino la me-

dicina possa risollevarsi soltanto con un prodigioso colpo di reni. Pellegrino, oggi professore emerito di Medicina ed Etica Medica alla Georgetown University di Washington, ha visto negli ultimi cinquant'anni progressivamente deteriorarsi il patto che originariamente legava il malato e il suo dottore. E dal suo scranno, nell'ultima raccolta di saggi pubblicata col titolo "Physician and Philosopher" (Carden Jennings Publishing, 2002), ri-





In questo servizio: i manichini Professional health educators del Centro di Simulazione Avanzata dell'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi e della Facoltà di Medicina dell'Università di Bologna

chiama i colleghi all'etica originaria della medicina, e si chiede: «Possiamo realmente essere dalla parte dei nostri pazienti se consentiamo a noi stessi di essere spinti nella direzione opposta dal fatto di essere cassieri, imprenditori, promotori di noi stessi. È possibile essere al meglio dei clinici quando non c'è fiducia assoluta?». La fiducia di cui parla l'anziano clinico-filosofo è ormai in frantumi. Anche perché, come ha spiegato Abraham Verghese, direttore del Centro di Medicina ed Etica dell'Università del Texas, «la medicina è in un certo senso vittima del suo stesso successo. Trapianti di cuore, di fegato, di polmone sembrano così comuni che ci sorprendiamo quando non riescono. Un feto può essere operato nell'utero e bambini estremamente prematuri sopravvivono re-

golarmente, così noi vediamo in ogni danno da parto l'errore di qualcuno. Le speranze generate dalle cellule staminali e dal genoma umano non hanno fatto altro che spingere all'eccesso le nostre aspettative. Noi presumiamo sempre di poter essere curati. E un evento avverso viene vissuto come un tradimento». Invece l'evento avverso spesso è la norma. Come sono la norma le diagnosi sbagliate o ambigue. Perché? «La medicina è un repertorio di informazioni con cui interpretiamo le malattie e su cui formuliamo ipotesi terapeutiche», commenta Silvio Monfardini, direttore della

Bisturi in tribunale

320.000 Le persone ricoverate in ospedale che ogni anno accusano di essere vittime di errori medici.

35.000 I morti per errori medici od ospedalieri.

12.000 Le cause pendenti in materia sanitaria.

3,5 miliardi di euro L'ammontare delle richieste di risarcimento.

10 miliardi di euro Il costo degli sprechi, errori e disorganizzazione.

Fonte: Consorzio Cineas del Politecnico di Milano e Zurich Consulting

Divisione di Oncologia Medica dell'ospedale-università di Padova, la prima in Europa ad avere ottenuto la certificazione di qualità: «Spesso queste informazioni sono imperfette. Certamente sono insufficienti. Ma sono le uniche che abbiamo». Così il clinico, sul campo di battaglia dell'oncologia indicata dal Tribunale dei Diritti del malato al secondo posto (dopo ortopedia e traumatologia) tra le discipline teatro di errori terapeutici. Un'ammissione di imperfezione quella dell'oncologo che non si applica solamente alle specialità di frontiera, come appunto oncologia, neurologia o immunologia, dove ciò che la medicina non sa è ben di più di ciò che sa. Sentite cosa ha da dire Paolo Gregorini che fa il medico anestesista all'Ospedale Maggiore di Bologna e ha organizzato un seminario dal titolo esemplificativo "Prevenzione e gestione degli eventi avversi in sala operatoria" insieme al Cineas (Consorzio Universitario di Ingegneria nelle Assicurazioni): «È solo a posteriori che possiamo sapere se quello che facciamo è giusto. Noi cerchiamo di agire nella maniera in cui ▶

I pazienti che fanno causa sono in aumento. E la fiducia è in caduta libera



Pazienti di ricambio

Manichini uguali a noi in tutto e per tutto. Su cui imparare a fare i medici

Harvey, che è in arrivo dagli Stati Uniti, troverà ad aspettarlo una stanza tutta per lui. I suoi colleghi, due uomini e due donne, sono già sistemati su quattro lettini, al secondo piano di un edificio recentemente ristrutturato all'interno dell'Ospedale S. Orsola-Malpighi di Bologna. E sopportano senza troppe lamenti l'affacciarsi degli interni e i capannelli di studenti che li sbirciano curiosi dalla porta. Harvey e i suoi compagni sono manichini di produzione americana - ufficialmente Professional health educators, educatori professionali per la salute - realizzati per insegnare agli studenti degli ultimi anni di medicina le pratiche mediche più frequenti, dalle visite all'auscultazione, fino alle iniezioni endovenose o a tecniche più complesse come l'intubazione o l'applicazione di un sondino naso-gastrico. In Italia non c'era niente del genere, «salvo qualche simulatore per la rianimazione o per corsi di specializzazione in odontoiatria. Ma è la prima volta che manichini

che riproducono integralmente il corpo umano sono messi a disposizione degli studenti», spiega Orazio Campione, responsabile del Centro di Simulazione Avanzata nato per iniziativa di alcuni collaboratori, come Giancarlo Rosati e Giampaolo Ugolini, che accolgono gli studenti che da fine marzo si alternano

nelle aule. A Bologna si punta a riorganizzare l'attività didattica, seguendo le indicazioni del legislatore che chiede di preparare più in fretta il personale sanitario: «Oggi abbiamo bisogno di meno sapere e più saper fare», spiega Maria Paola Landini, preside della facoltà bolognese: il Centro si propone proprio di preparare gli allievi degli ultimi anni in modo che non arrivino impreparati al tirocinio in corsia. Si comincia con le informazioni di base: come ci si avvicina ad un paziente? Come si svolge la visita? Coperti di una camicia da notte, i manichini realizzati in un materiale morbido che ricorda la pelle umana nascondono piccoli segreti, ulcere e ferite messe lì apposta «per ricordare agli studenti di visitare completamente il paziente senza trascurare nessun dettaglio». Per ricreare l'atmosfera di una corsia di ospedale dotata di tutte le strumentazioni necessarie, l'università ha speso circa 180 mila euro. I manichini infatti non sono semplici bambole: ce n'è uno collegato ad un piccolo computer che può essere manovrato dal docente per simulare battito cardiaco, respiro e rumore intestinale, con variazioni appropriate per simulare malattie che lo studente dovrà essere in grado di riconoscere. E sono in arrivo apparecchi più sofisticati come Harvey, che dispone di un programma informatico in grado di simulare 40 diverse patologie cardiovascolari. Ma con i pazienti veri, in caso di errore un medico dovrebbe intervenire immediatamente, in questo modo - quando, ad esempio, il docente aziona il meccanismo nascosto che simula lo spasmo della glottide o il vomito durante un'intubazione - gli studenti devono cavarsela da soli e valutare le conseguenze delle loro azioni.

Paola Emilia Cicerone

nuovi punti di vista. Oggi io devo interpretare la malattia con ciò che so e curarla con ciò che ho a disposizione. Domani chissà».

La guerra al cancro è un continuo esempio di questo procedere per tentativi ed errori. Si pensi soltanto a come trent'anni fa si curava il tumore del seno: la demolizione chirurgica

della mammella era vista come la massima garanzia di eradicare il male. Si toglieva tutto e si irradiava l'intero torace. Poi si è visto che il carcinoma mammario è sì localizzato, ma è anche sistemico e i chirurghi hanno cominciato a contenere la demolizione mentre gli oncologi medici puntavano al cuore della proliferazione neoplastica prima con la chemioterapia poi con l'ormonoterapia. Oggi sono scesi in campo anche gli anticorpi monoclonali che puntano alla replicazione della cellula cancerosa. Lo ha scritto lo storico americano Roy Porter nel suo "The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity": la storia della medicina è come una notte stellata. Si vede soprattutto l'oscurità.

Ma, il medico questa oscurità la vede? È pronto a riconoscere i suoi limiti? Gli addetti ai lavori non hanno dubbi: per ricucire lo strappo con la società i camici bianchi devono fare un bagno di umiltà. Mol-

to concreto. Dice Paolo Gregorini: «La letteratura scientifica ci mostra chiaramente che su 80 eventi avversi, 30 sono dovuti alla variabilità umana e 50 alla cattiva organizzazione. Se mi libero di quei 50 sono già a buon punto. E questo è possibile soltanto riconoscendo l'errore e comprendendone le cause per non ripeterle». Ma di fatto, oggi, di fronte a un'accusa di sospetto errore terapeutico si leva il velo dell'omertà. «La cultura degli ospedali è quella di nascondere l'errore. Il medico ha paura e nega,» spiega Adolfo Bertani, presidente del Cineas e del Gruppo Zurich Italia, compagnia di assicurazioni preoccupata del numero crescente di cause vinte dai malati contro ospedali e medici assicurati: «Per questo bisogna che gli ospedali comprendano che dagli errori si può imparare. Ma qualcosa si muove: in ventitré ospedali italiani si sta sperimentando un'unità di gestione dei rischi capace di valutare, appunto, le probabilità di

evento avverso e come prevenirlo».

Tra questi magnifici 23 (per lo più centri dell'Emilia-Romagna, ma anche la Usl di Alba ▶

Per ricucire lo strappo serve un bagno di umiltà della categoria

2003 L'allarme Sars dimostra che nascono continuamente nuovi agenti infettivi capaci di dare polmonite. Non solo: negli ultimi dieci anni si è visto che l'uso non corretto degli antibiotici produce anche batteri resistenti e richiede una nuova generazione di farmaci.

1990 Studi clinici dimostrano che la prescrizione eccessiva di farmaci contro l'aritmia ha causato circa 50 mila morti. Oggi si cura l'aritmia quando si verifica grazie a sofisticati pacemaker.

1990 Si attribuiscono molti dei travagli pre-terminale a infezioni trattate con antibiotici o di steroidi.

1990 La causa dell'ulcera non è l'ansia. Il responsabile è nel 90 per cento dei casi un batterio (*helicobacter pylori*) e, spesso, l'abuso di antinfiammatori. Le nuove terapie sono a base di antibiotici.

Quando il risarcimento è un diritto

Anche la Cassazione è intervenuta sulle responsabilità dei clinici

Una reazione alla visione fatalista che vuole il cittadino condannato a subire danni biologici e morali. È questo lo spirito con cui Giovanni Battista Petti, consigliere di Cassazione presso la Suprema Corte di Roma, ha pubblicato da Utet "Il risarcimento dei danni: biologico, genetico, esistenziale". Vediamo di cosa si tratta.

Consigliere, cosa è il danno biologico?

«È la perdita della salute per mano altrui, intesa come integrità psicofisica e biologica della persona. Le cause possono essere molteplici: circolazione stradale, prodotti alimentari a rischio di avaria, specialità farmaceutiche, l'inquinamento di aria e acqua, il rumore... La responsabilità può essere quindi di diversi soggetti. Una volta accertato il danno, però, in ogni caso deve essere garantito il risarcimento».

Cosa succede quando a procurare il danno è il sistema sanitario?

«Le responsabilità mediche possono avere tre cause diverse: la disorganizzazione gestionale, che ritarda o impedisce il pronto soccorso medico; la disorganizzazione tecnica per specialità di interventi, nel caso di lesioni minime con pericolo per la vita; la disinformazione unita a scarso senso etico della professionalità. Le tipi più difficili, anche sotto un profilo etico, sono quelle relative alla ricostruzione del nesso di causalità che lega l'atto medico al risultato nefasto. Il consulente d'ufficio, che è un medico legale, si trova contro una schiera agguerrita di specialisti che dimostrano quanto grande sia la sua ignoranza delle nuove frontiere della scienza. Poiché il giudice si avvale del giudizio tecnico scientifico, maggiore è la preparazione professionale dell'esperto, migliore è il livello dell'informazione a disposizione. Ma i tecnici, i consulenti sono malpagati. È un problema gravissimo, che coinvolge anche l'imparzialità del perito d'ufficio».

Il 12 settembre scorso la Corte di Cassazione si è pronunciata sulla questione della responsabilità medica. Qual è la novità?

«La Corte ha esaminato il caso di un signore ricoverato con forti dolori addominali e operato con un intervento che evidenzia una infezione in atto da perforazione dell'ileo lenticolare (la parte finale dell'intestino). Dimesso dopo una decina di giorni essendo in via di guarigione, l'uomo pochi giorni dopo accusa nuovamente forti dolori addominali e muore per "infezione addominale". Il responsabile del reparto della divisione chirurgica è stato condannato in primo e secondo grado per omicidio colposo. La Cassazione ha rigettato il ricorso del professionista poiché ha rintracciato un nesso di condizionamento necessario fra la condotta (prevalentemente omissiva) del medico e la morte del paziente».

Letizia Gabaglio

in Piemonte e quella di Palmi a Reggio Calabria, come il Garibaldi di Catania e il Tor Vergata di Roma) c'è, ovviamente, l'ospedale di Gregorini. A cui chiediamo: è mai possibile che una buona organizzazione, un rispetto rigoroso delle procedure, una chiara definizione delle responsabilità possano riparare cinquant'anni di guasti? «Ammettere i miei limiti significa potermi migliorare. Eliminare i guasti della disorganizzazione significa poter più prontamente riconoscere e curare quello che è il portato della variabilità umana. Prenda lo shock anafilattico: non c'è nulla di più imprevedibile per un anestesista. Se trattato subito e bene è una difficoltà superabile. Altrimenti, è mortale». Nell'Emilia della buona sanità la ricerca è chiara: i medici facciano un bagno di umiltà riconsen-



do a testa alta i loro errori e l'Istituzione dia loro gli strumenti per agire al meglio. Gregorini chiede di potersi migliorare. Quanti medici lo fanno? Eppure, come conclude l'oncologo Monfardini: «Mai pensare che fai bene una cosa perché la fai da dieci anni. Il buon medico sa, invece, che tutto deve essere continuamente messo in discussione».

ha collaborato Letizia Gabaglio