

**Giacomo Delvecchio • Federico Delvecchio**

# **CURARE L'ERRORE**

**Per una teoria dell'errore  
in medicina**

***edi-ermes***

CURARE L'ERRORE - Per una teoria dell'errore in medicina

di Giacomo Delvecchio, Federico Delvecchio

*Copyright © 2023 Edi.Ermes s.r.l. - Milano*

ISBN 978-88-7051-846-7 - Edizione a stampa

ISBN 978-88-7051-847-4 - Edizione digitale

*Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.*

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione*

*e di adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo*

*(compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.*

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15%

di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE

del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale

o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate

a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi,

Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali,

Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano

e-mail [autorizzazioni@clearedi.org](mailto:autorizzazioni@clearedi.org) e sito web [www.clearedi.org](http://www.clearedi.org)

Un libro è il prodotto finale di una serie molto articolata di operazioni che esige numerose

verifiche sui testi e sulle immagini. È quasi impossibile pubblicare un volume senza errori.

Saremo grati a quanti, avendone riscontrato la presenza, vorranno comunicarceli.

Per segnalazioni o suggerimenti relativi a questo volume vogliate utilizzare

il seguente indirizzo:

Relazioni esterne - Edi.Ermes srl - viale Enrico Forlanini, 65 - 20134 Milano

E-mail: [redazione@ediermes.it](mailto:redazione@ediermes.it)

Stampato nel mese di giugno 2023 da Logo srl - Borgoricco (PD)

per conto di Edi.Ermes - viale Enrico Forlanini, 65 - 20134 Milano

<http://www.ediermes.it>

# Prefazione

L'errore in medicina è inevitabile ed è argomento dibattuto tra medici e discusso tra cittadini, pur da prospettive diverse. Capiamo bene la prospettiva dei cittadini, anche perché tutti siamo fruitori della Sanità, ma interessa la prospettiva dei professionisti, che sul palcoscenico dell'errore sono i primattori.

Anche se, in parallelo allo studio dell'errore in altri settori, principalmente quello aeronautico e dell'edilizia, il report *"To Err is Human"*, uscito nel 1999 a cura dell'*Institute of Medicine*, ha segnato una stagione dando il via a una mole di lavori scientifici e di risoluzioni, l'interesse dei medici verso l'errore viene da lontano; per dire due date e due epoche, nel 1864 Andrew W. Barclay editava un testo dal titolo *"Medical Errors. Fallacies connected with the application of the inductive method of reasoning to the science of medicine"*, mentre nel 1985 compariva un volume di Patricia M. Danson dal titolo: *"Medical Malpractice: Theory, Evidence, and Public Policy"*. Anche in Italia non sono mancati contributi importanti. Di errore hanno scritto Ettore Debenedetti, Enrico Poli, Costantino Iandolo, Cesare Scandellari, Giovanni Federspil, Vito Cagli, Antonello Malavasi nonché i filosofi Dario Antiseri e Massimo Baldini.

Sono poi arrivati gli psicologi cognitivi a descrivere i meccanismi mentali dell'errore, e poi gli epidemiologi, gli ingeneri gestionali e gli esperti di organizzazioni sociali, come James Reason, che hanno aperto il campo d'indagine al disegno istituzionale-organizzativo che favorisce l'errore delle persone. E poi tanti altri che non si possono tutti citare. Questi contributi hanno portato a una diversa attenzione sociale all'errore e a una nuova cultura organizzativa in Sanità, da intendersi come continui stimoli al miglioramento dell'assistenza e dei suoi esiti sui malati e sulla tenuta, anche economica, del sistema, perché l'errore ha sempre un costo immateriale e materiale.

Abbiamo il vantaggio di usufruire di questa ricca cultura che ha saputo analizzare in tante maniere diverse l'errore medico. Con questo sapere alle spalle, si può quindi affrontare il tema dell'errore in medicina da molte prospettive, e si può affrontarlo a partire da casistiche o da casi singoli per svilupparlo secondo uno dei tanti indirizzi possibili. È un'operazione validissima e opportuna che, in un certo senso, segue il percorso della clinica che dai sintomi risale a ritroso a una delle tante possibili spiegazioni causali.

Si può pensare un'altra operazione. I tempi sono maturi per una visione a tutto campo dell'errore medico. Integrando le diverse prospettive si può cominciare a delineare una teoretica generale dell'errore. Riservando ad altri gli approfondimenti di settore, uno sguardo come questo non significa uno sguardo superficiale né uno sguardo non strutturato. La medicina è complessa; è sintesi di più cose: è scienza naturale, è scienza dell'organizzazione, è scienza umana. È seguendo questa tripartizione, come un metodo di lavoro, che si è voluta avanzare una sistematica dell'errore medico.

Sarebbe auspicabile in ogni Scuola di medicina una cattedra degli errori. Trattando aspetti formali e logici che educano la mente al pensiero, tale cattedra – in realtà una cattedra di metodologia medica – sarebbe più opportuna di addestramenti che già al termine del corso di laurea mostrano la loro obsolescenza.

Questo, allora, si vuole offrire al lettore-professionista in sanità: una sintetica, ma completa, introduzione alla sistematica dell'errore in medicina. Questo si vuole offrire ai lettori-futuri professionisti: un indice per il domani della teoria dell'errore in medicina e del suo futuro libro di testo.

Giacomo Delvecchio  
Medico-chirurgo e formatore

Federico Delvecchio  
Ingegnere, esperto in sicurezza nei cantieri

Un libro come questo non appartiene del tutto a chi lo ha scritto. Vi sono debiti con gli amici Dario Antiseri, Vito Cagli, Antonello Malavasi, Pierdaniele Giarretta, Alessandro Pagnini che hanno letto e criticato il testo. Vi sono debiti con chi il libro ha voluto e curato: Emanuela Martinoli e Viviana D'Antona e vi sono debiti con chi ha fornito l'opportunità di scriverlo: Andrea Foglia, Daniele Quadrini e la rivista "*Il Fisioterapista*" che negli anni ne ha accolto gli spunti iniziali.

# Indice

<b>1</b>	<b>Medicina come scienza della natura: il metodo e l'errore.....</b>	<b>1</b>
1.1	Definire l'errore .....	1
1.2	Classificare l'errore .....	10
1.3	Spiegare l'errore con la logica .....	25
1.4	Spiegare l'errore con la psicologia .....	32
<b>2</b>	<b>Medicina come scienza dell'organizzazione: il governo clinico dell'errore.....</b>	<b>41</b>
2.1	Qualità ed errore.....	41
2.2	Sicurezza ed errore .....	50
2.3	Comunicare l'errore .....	61
<b>3</b>	<b>Medicina come scienza umana: l'uomo e l'errore .....</b>	<b>69</b>
3.1	L'altra vittima dell'errore .....	69
3.2	Etica ed errore.....	77
3.3	Pedagogia dell'errore .....	84



# Medicina come scienza della natura: il metodo e l'errore

## 1.1 DEFINIRE L'ERRORE

Nel campo delle passioni che animano il Paese, vi sono notizie che hanno turbano gli animi e gli intelletti. “Gli errori arbitrali nel campionato di serie A 2006-2007 hanno alterato i risultati di 157 partite, il 41,3% del totale. La stagione 2005-2006 [...] fece registrare il 49% di incontri alterati da errori arbitrali, mentre ai Mondiali dello scorso anno le sviste modificarono i risultati del 58% delle partite disputate. [...] Le squadre interessate dagli errori sono 17 su venti. Gli errori hanno determinato [...] la penalizzazione delle squadre più deboli [...] Premiate, invece, le squadre più forti [...]. Per quanto concerne la tipologia di errori, il 56% dei casi ha riguardato l'assegnazione o la non assegnazione di un rigore, il 27% il fuorigioco, il 15% il fallo in azione da gol, il 2% il gol fantasma. Sui 38 arbitri che hanno diretto in serie A nella scorsa stagione, 36 (95%) hanno commesso errori, con una media di 5,5 errori ciascuno”<sup>1</sup>. Se questo succede nella scienza dei goal, cosa può succedere in medicina?

In medicina non si può non sbagliare e tra colleghi si dice che “il medico più bravo è quello che commette meno errori”. Ciò è risaputo da quando ha preso avvio la professione, dato che già Ippocrate tesseva non un elogio qualsiasi, ma un “forte elogio” del medico che commette solo piccoli errori<sup>2</sup>.

- 
1. [https://www.corriere.it/Primo\\_Piano/Sport/2007/07\\_Luglio/20/partite\\_falsate\\_adiconsum.html](https://www.corriere.it/Primo_Piano/Sport/2007/07_Luglio/20/partite_falsate_adiconsum.html)
  2. Ippocrate. Sull'antica medicina. In: Testi di medicina greca. Milano: Rizzoli, 1999: 207.

Anche oggi, nonostante si viva e si lavori nell'epoca della tecnica e dell'intelligenza artificiale che tutto governano e che tutto controllano, l'errore è ineliminabile, anche se i cultori della qualità totale che hanno in mente certe fabbriche di automobili e i computer teorizzano, ma non è chiaro se utopisti o falsi profeti, una medicina ingegnerizzata che propaga lo standard dello "zero difetti" fin dalla prima volta che si fanno le cose<sup>3</sup>. Si vorrebbe che ogni atto medico e sanitario avesse le caratteristiche del prodotto industriale automatizzato: rapido, riproducibile, seriale, sicuro, privo di scarti e di manchevolezze e possibilmente, almeno per certi esiti chirurgici e riabilitativi, dotato di particolari caratteristiche estetiche e funzionali.

Si potrebbero ricordare i numerosi errori stimati in sanità, con una casistica pubblicata pochi anni fa con grande clamore<sup>4</sup> che non ha lasciato indifferenti nemmeno i ricercatori italiani<sup>5</sup>.

Senza entrare nell'analisi delle molteplici stime che vengono periodicamente ripresentate, va detto che queste sono soggette a dispute e critiche soprattutto perché misurano, o vorrebbero misurare, non l'errore ma l'evento lesivo provocato al malato. La scelta di questo indicatore può essere appropriata nella misura in cui è numerabile ed è quantificabile a scopo risarcitorio, oltre che essere eticamente e legalmente comprensibile, ma non soddisfa appieno per questioni di metodo, di trasparenza, di onestà intellettuale. L'evento lesivo è da considerare come un collettore finale in cui confluisce tutto quello che risulta dannoso per il malato comprendendovi veri e propri errori medici e assistenziali, ma anche altre condizioni come l'incidente, l'effetto collaterale, l'effetto non intenzionale, che portano all'insuccesso e al danno senza che vi sia errore inteso nell'accezione propria del termine.

---

3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Exploring Quality Improvement Principles. A Hospital Leaders Guide. Introduzione ai principi del miglioramento della qualità. Guida per i manager e i dirigenti delle aziende sanitarie. Torino: Centro Scientifico Editore; 1992: 1-4.

4. Institute of Medicine. To Err Is Human. Washington (DC): National Academy Press; 1999.

5. Traina F. Medical malpractice. The Experience in Italy. Clin Orthop Relat Res 2009; 467: 434-42.



Si è però convinti, al di là dei tanti numeri relativi a errori e reclami<sup>6</sup> che ingenerano sgomento e polemiche, che – almeno in questa sede – il senso di queste indagini dovrebbe essere quello di ricordare la fallibilità intrinseca della medicina, al fine di avviare tutti a un continuo instancabile miglioramento.

Cosa sia un errore in medicina non è una domanda retorica né fuori luogo per nessuno, operatori sanitari per primi, perché questo è il punto di partenza per ogni considerazione.

Tutti abbiamo esperienza concreta di errori e, anche per questo, tutti ne possediamo una solida intuizione, anche se non è facile né semplice definire l'errore in maniera netta, precisa e univoca per tutti e valida per tutti gli ambiti<sup>7</sup>.

L'errore in medicina è connesso, per cominciare, ai concetti di pericolo, sicurezza e rischio. Non per nulla si sono sviluppate e consolidate professionalità dedicate all'implementazione della sicurezza e del *risk management* nei luoghi di lavoro con specifiche indicazioni per i luoghi di cura<sup>8</sup>. La sicurezza nell'ambito lavorativo in generale e sanitario in particolare rimanda al concetto di evento avverso, inteso come il danno prevedibile e prevenibile subito dal cliente esterno (cittadino malato) e/o interno (operatore professionale) in seguito all'esecuzione di prestazioni e allo svolgimento di mansioni professionali.

Partendo dall'implementazione degli standard per la sicurezza, l'errore va differenziato da situazioni con le quali, spesso, è confuso, specie se si ragiona nei termini, oramai di uso comune, della qualità amministrativa, che ne capovolgono il significato originario. Il riferimento specifico è alla non conformità di una procedura, ossia una deviazione rispetto a una linea-guida diagnostica o terapeutica; questo è un errore solo per definizione e rispetto a un protocollo. In realtà, dal punto di vista materiale, la non conformità è indifferente o neutra quando non comporta danni alla filiera dell'organizzazione, al prodotto o al cliente dell'impresa-sanità. Se

---

6. Buzzacchi L, Scellato G, Ughetto E. Frequency of medical malpractice claims: The effects of volumes and specialties. *Soc Sci Med* 2016; 170: 152-60.

7. Delvecchio G. *Decisione ed errore in medicina*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2005.

8. Commissione tecnica sul rischio clinico. *Risk management in sanità. Il problema degli errori*. Roma: Ministero della Salute; 2004.

è indubbio che la non conformità è da condannare se comporta danno o spreco irresponsabile di beni, è possibile sempre considerare errore lo scarto procedurale che ha origine in un giudizio ponderato del medico o quando si asseconda l'autonomia del malato che esercita in pieno i suoi diritti di cittadino?

La domanda è provocatoria: infatti, come sarà giudicato, anche alla luce delle norme giuridiche, il comportamento di quel curante che, sempre più nel futuro che già si intravede, dovrà convivere e dovrà scegliere tra linee-guida standardizzate e medicina personalizzata? Cosa dire, quindi, in merito alle innovazioni? Se guardassimo a ritroso la storia dei progressi medici, come verrebbe giudicata con gli attuali metri di standardizzazione delle procedure l'opera di un innovatore come Ernst Wertheim, dal momento che le prime dodici donne, sottoposte all'intervento che prende il suo nome, sono tutte decedute?<sup>9</sup> Se innovare potrebbe configurarsi come un errore, anche la resistenza al cambiamento può configurarsi tale. Nell'epoca tra le due guerre mondiali, come giudicare gli anziani colleghi di Antonio Guerricchio, allievo del professor Moscati il medico santo di Napoli, che osservava: “per alcuni di essi una glicemia, un emocromo, l'esame microscopico di uno striscio di sangue malarico, la via venosa nella cura di un sifilitico, la puntura lombare per un meningitico rappresentavano violazioni inaudite ai codici della vecchia scuola medica”?<sup>10</sup>

Rispetto al concetto di evento avverso, merita ricordare come questo sia diventato rapidamente un contenitore in cui confluiscono sia l'errore medico sia altre condizioni che nell'errore non si identificano affatto. I *never event*, ossia gli eventi che non dovrebbero mai accadere e il cui elenco è depositato dal *National Health Service* britannico (scambio di lato, malposizionamento di sondino nasogastrico, incompatibilità trasfusionale, ritenzione di corpo estraneo postoperatorio eccetera)<sup>11</sup>, l'incidente non prevedibile e non governabile, l'effetto collaterale non controllabile, l'evento

---

9. Longmore M, Wilkinson IB, Baldwin A, Wallin E. Oxford handbook of clinical medicine. Oxford (UK): Oxford University Press, 2014: 566.

10. Baldo D, Scapinello R. La rivoluzione dell'arte sanitaria nel primo Novecento. Torino: Edizioni Minerva Medica; 2022: 78-80.

11. Never Events list 2018 (last updated February 2021). <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/11/2018-Never-Events-List-updated-February-2021.pdf>

iatrogeno fortuito occorsi durante un decorso morboso o durante una degenza, una complicanza nell'*iter* riabilitativo sono eventi/danni spesso catalogati onnicomprensivamente sotto l'etichetta generica dei *medication error*<sup>12</sup>, ma spesso non sono né propriamente né primariamente errori, anche se il cittadino malato li può vivere come tali e come tali segnalarli all'autorità giudiziaria e alle assicurazioni per ottenere un concreto risarcimento. Tali istanze, una volta raccolte e amplificate dai media, diventano malasanità, un eclettico raccoglitore di condizioni in cui, il più delle volte, quello che si denuncia non è tanto l'errore, quanto le insoddisfazioni, le frustrazioni, le delusioni, le sperequazioni, le disuguaglianze e i disagi di qualsiasi natura e gravità, oggettivi o soggettivi, lamentati a ragione o a torto dal cittadino nel contatto con l'organizzazione sanitaria nel suo complesso.

Indipendentemente dalla risarcibilità e da cosa in particolare sia oggetto di risarcimento, la conseguenza negativa costituisce sicuramente un danno per il malato, un costo per il servizio sanitario e un insuccesso per il medico e ogni altro curante, ma non è sempre un errore. Lo storico della medicina, Mirko Grmek, ricorda una distinzione operata da Aristotele: "Se si produce un danno contrariamente a ogni aspettativa si è semplicemente sfortunati. Quando invece si poteva prevederlo, ma si è agito senza malizia, si tratta di un errore. Infatti, si commette un errore quando lo sbaglio origina in noi; se l'origine è altra da noi, si ha invece sfortuna"<sup>13</sup>.

È possibile ampliare questa riflessione e affermare che l'esito di una cura o di una procedura può realizzarsi secondo intenzione terapeutica, indipendentemente dall'intenzione terapeutica e, addirittura, contro l'intenzione terapeutica messa in atto per un errore del professionista: è questo il caso di una cura giusta ma per una diagnosi sbagliata. Il successo o l'insuccesso della cura, in realtà, sono determinati da tanti fattori e sono eventi che, presi da soli, non provano nulla, perché in ambito clinico possono esistere sia il successo senza meriti sia l'insuccesso senza errori.

Sinonimo di insuccesso è il fallimento, e questo non merita particolari di-

---

12. World Health Organization. Medication errors: technical series on safer primary care. Geneva: World Health Organization; 2016.

13. Grmek MD. Il calderone di Medea. La sperimentazione sul vivente nell'antichità. Roma-Bari: Laterza; 1996: 93.

scussioni se non per dire che accanto ai fallimenti vi è l'imperfezione. Questa esprime genericamente uno scostamento parafisiologico – e quindi non ancora patologico – dell'esito rispetto allo standard. In medicina l'imperfezione si può esprimere come il grado di tolleranza verso un errore. Il concetto di tolleranza verso l'errore va visto, però, nel contesto adeguato: la sutura esteticamente mal riuscita è un'ottima prova se effettuata da un infettivologo che non ha mai visto ago e filo, può essere scusabile se fatta da un chirurgo generale, ma è un pessimo risultato se effettuata dal chirurgo plastico. Dell'errore tollerabile considerato di poca importanza dal singolo professionista e dalla collettività dei pari, il cittadino, poi, che ha un metro di giudizio differente, può farsi al riguardo un'opinione diversa. Se si accetta l'imperfezione, si accetta, di fatto, che vi siano errori gravi ed errori meno gravi. È una questione che tocca tutti i professionisti chiamati a una gamma di responsabilità, anche perché gli errori meno gravi, gli errori minori, sono assai più frequenti di quelli gravi.

Errori gravi e meno gravi, si è detto; la gravità di un errore si misura in base alle sue conseguenze. Questo indicatore è una soluzione *prima facie*, anche se scopre il fianco alle critiche appena viste in merito agli esiti di una cura.

È possibile pensare all'incoerenza dei tempi d'azione, in modo che l'errore grave risiederebbe nel ritardo diagnostico cui consegue un ritardo terapeutico. Questa affermazione è corretta di principio, ma chi conosce/stabilisce il tempo necessario per fare una diagnosi per poter affermare un ritardo? E chi conosce/stabilisce il tempo necessario a una diagnosi che – nei casi difficili – richiede anche tempi supplementari di osservazione del malato, cioè un tempo vuoto di ogni cura in cui si concede alla malattia di fare il suo corso? E come giudicare i tempi per formulare una diagnosi di malattia rara quando si sa che il ritardo medio alla diagnosi è compreso in un intervallo che va dai 5,6 ai 7,5 anni?<sup>14</sup> E non è che portando in tribunale questo ritardo<sup>15</sup> si accorcino i tempi della diagnosi. E, poi, chi decide i tempi della cura e della guarigione se, per esempio, questa si basa sullo sforzo motorio esercitato volontariamente dal malato in palestra?

---

14. Malattie rare: ritardi ed errori diagnostici. PS; 12/06/2015. <http://www.panoramasanita.it/2015/06/12/malattie-rare-ritardi-ed-errori-diagnostici/>

15. Peluso MG. Responsabilità della struttura sanitaria per ritardata diagnosi di malattia genetica rara. <https://www.rivistaresponsabilitamedica.it/responsabilita-della-struttura-sanitaria-per-ritardata-diagnosi-di-malattia-genetica-rara/>