

“Chiedere scusa a un Paziente & Cultura dell’errore medico”

I – Come chiedere scusa a un Paziente

Pietro Majno-Hurst
Professore emerito Chirurgia USI,
Medico consulente, già Direttore Dipartimento chirurgia EOC

Queste pagine sono disponibili su : www.majno.ch → materiale didattico

Come chiedere scusa in maniera efficace

Ciascuno pensi a un esempio per se: esercizio collettivo

Convenire di:

tempo, luogo, partecipanti*, disponibilità

1. Riconoscere e validare il vissuto e le conseguenze per il Paziente
2. Riconoscere la propria responsabilità
3. Proporre cosa si può fare per riparare il danno
4. Proporre cosa si può fare perché la cosa non si ripeta
5. Proporre di continuare la relazione terapeutica (appuntamenti- disponibilità)

NB

- Alcuni aspetti della lista di cui sopra possono richiedere tempo. In tal caso, proporre un aggiornamento.
- Farsi accompagnare dal Capo, e se si è il Capo, da un rappresentante di un'altra specialità (Medicina intensiva, Anestesia, Infermiera capo)
- Avvertire il Servizio Qualità*
- Avvertire la Direzione*

* può non essere semplice decidere chi deve essere presente e avvertito.
È invece semplice individuare la gerarchia alla quale chiedere consiglio.

Commento: la disclosure dei “near miss”:

- Pazienti: solo quando può essere loro utile.
- Al team: sempre.

II - La cultura dell'errore:

Strumenti per creare un clima di lavoro dove l'errore sia:

- Raro
- Utile a tutti
- *Ben* vissuto da tutti

- Figura apicale
- Quadro intermedio (libro "Getting it done": vedi bibliografia dopo questo testo)

Background sulla definizione dell'errore

Presupposto: come medici abbiamo obbligo di mezzi, non di risultato

Non aver messo in opera tutto il necessario...

(Qui sotto degli estratti della presentazione del Prof. Olivier Guillot , facoltà di giurisprudenza di Neuchâtel, simposio SUPSI 29.11.2023).

È perseguibile:

- Atto illecito : secondo il Tribunale federale = violazione delle regole dell'arte medico (uguale nelle responsabilità di diritto pubblico cantonale)

- Violazione di un obbligo contrattuale : il medico (non) promette (di guarire ma solo) di trattare con diligenza, che si apprezza secondo le regole dell'arte medica (le parentesi sono mie)

- **Colpa** : *«si le médecin pose consciencieusement son diagnostic, après avoir examiné son malade selon les règles de l'art, avec tout le temps et l'attention nécessaires, qu'il ordonne ensuite le traitement approprié et l'exécute conformément aux principes généralement admis, il échappe au reproche de négligence ou d'imprudence»* (Tribunale federale, ATF 105 II 284, 285).

Nota: il Paziente deve provare la colpa, il danno, e il nesso tra i due. Per questo il processo è laborioso e costoso, e di esito incerto, Questo fa sì che arrivano in tribunale solo una minoranza dei casi, e tanti pazienti che hanno subito un danno non vengono risarciti. (Esistono dei modelli di compenso del danno senza la colpa e il processo, che rimediano a questa ingiustizia, come in Olanda e in Canada)

Per le ragioni qui sopra, il focus del contenzioso sta oggi cambiando verso la non osservazione dell'obbligo di informare (l'onere della prova di aver ben informato è al Medico).

La Cultura dell'errore:

identifica l'errore (o il quasi errore: "near miss") come un elemento prezioso di crescita dell'individuo e del Servizio

Il nemico della cultura dell'errore: la paura dell'errore

a) Paura per il male che l'errore può causare a un terzo

Un certo livello di paura è un sentimento protettivo. Toglierlo può aumentare la frequenza degli errori e diminuirne l'impatto pedagogico.

b) Paura per il male che può causare a noi stessi

è un sentimento che va **sistematicamente** scoraggiato.

- interferisce con la presa di responsabilità, il progresso individuale e del Servizio.
- Tossicità al quadrato: se l'errore è utilizzato come strumento di potere: clima di lavoro malsano.

N.B. Cave: paure meno risentite tra i medici e in particolare i chirurghi

Come creare un clima di cultura dell'errore (figure apicali ... e non)

- Con l'esempio: condivisione dei propri errori e near miss
- Tematizzare agli staff quotidiani soprattutto i near-miss ® *"lezione senza punizione"*, sono preziosissimi, come i reclami
 - Andare a fondo (i 5 perché...)
 - Logica del miglioramento continuo
 - Evita la callosità
- M&M (vedi tabella e link)
- Prendere in carica l'errore e il collaboratore in maniera sistematica (vedi tabella)
- Diminuire la collera: ® *scuse efficaci in medicina (esercizio di gruppo)*.

Nota: la gestione sistematica, radicale e tempestiva degli errori è una notevole occasione di affermazione della leadership di un capo.

Errore occasionale

Capo	Collaboratore		
Sentimenti			
Preoccupazione	Rabbia, Inadeguatezza		Inevitabili
Delusione	Solitudine, Vergogna Insicurezza		Evitabili
Aspettative & Bisogni		Risposte	Commenti
Analisi dei fatti		Redazione "accompagnata"®	Angelo dell'errore® scelto assieme
Analisi cause: fattori umani (1) attitudine, ragionamento, conoscenze		vedi brochure ASSP (bibliografia)	Sicurezza Pazienti: M&M
Analisi cause: fattori umani (2) distorsioni cognitive		"	
Analisi cause: fattori strutturali		"	
Insegnamento al collaboratore		"	
Insegnamento al team		"	
Insegnamento all'Istituzione		"	
Tempestività		Tempismo, Corrispondere attese del collaboratore	Averla e comunicarla
	Empatia	"Disclosure" esperienze del capo	Condivisione
	Rassicurazione	Spiegare le intenzioni	
	Sincerità	Spiegare le regole	
	Ascolto	Disponibilità	
	Equità	Condivisione con collega scelto in comune	
	Relazione diretta	-	
	Messa in prospettiva	tutte le componenti dell'analisi ASSP	
	Sanzione	?	

**Errore grave/ripetuto,
Problema cronico di personalità-attitudine?**

- condivisione precoce con la gerarchia
- farsi accompagnare nel percorso
- resoconti scritti e verbali accurati (da richiedere al collaboratore?). Mail a sé stessi?
- aspettative articolate e condivise (da richiedere al collaboratore?)

Note « Come chiedere scusa a un paziente » e sulla cultura dell'errore

pietro.edoardo.majno.hurst@usi.ch

www.majno.ch

Bibliografia:

Roger Fisher, Alan Sharp:

: [Getting it done: how to lead when you are not in charge](#)

Libro molto interessante e responsabilizzante. È possibile, e auspicabile, influenzare il corso delle cose anche quando non ne hai la conduzione diretta, sempre seguendo la filosofia della "principled negotiation". In questo caso stabilendo uno standard personale esemplare per sé stessi e i propri collaboratori nella cultura dell'errore.

Atul Gawande: "When good doctors go bad" in

"Complications, a surgeons'notes on an imperfect science" (allegato)

Disponibile In Italiano: *"Salvo complicazioni"*, edizioni Fusi Orari

Disponibile sul mio sito (<https://majno.ch/materiale-didattico>)

Testo molto forte sui dottori che disfunzionano, e come il problema viene affrontato e andrebbe affrontato. Tutti i libri di questo autore dovrebbero essere obbligatori in una scuola di medicina.

Irvin Yalom: "Lying on the Couch" (in Italiano: "Sul divano di Freud").

Romanzo solo apparentemente leggero, con una continua riflessione sul perché le regole deontologiche devono esserci e perché vanno rispettate.

Gordon GH: Disclosing Error to a Patient: Physician-to-Patient Communication

<https://journalofethics.ama-assn.org/article/disclosing-error-patient-physician-patient-communication/2005-08>

Articolo semplice con 12 passi da seguire nell'ammissione (disclosure).

Berthold J. Disclosing medical errors the right way.

<https://acpinternist.org/archives/2014/06/errors.htm>

Utile, semplice e rivela a che grado il sistema americano ha complicato le cose

Wu W. Disclosing Medical Errors to Patients: It's Not What You Say, It's What They Hear

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2726881/>

Articolo un po' "in silico" ma nel quale si ritrovano le referenze alla controversia se l'ammissione (disclosure) dell'errore favorisca o meno i litigi

Chamberlain C. Disclosure of "Nonharmful" Medical Errors and Other Events. Duty to Disclose

<https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/1107400>

Articolo chirurgico, buon riassunto sulla disclosure.

Wu, A Medical Error: the second victim (e l'editoriale).

BMJ 2000;320:726

Articolo molto famoso sull'esperienza di solitudine dell'autore che aveva fatto un errore. Vedi anche l'editoriale (messi entrambi assieme sul mio sito). Importante ma datato, e mostra dove siamo oggi rispetto a 20 anni fa.

L'Associazione per la sicurezza dei Pazienti (link e tabelle qui sotto) mette a disposizione un opuscolo di guida molto dettagliato sulla strutturazione di un meeting M&M con elementi interessanti sulla gestione degli errori, anche dei casi singoli e semplici.

<https://www.securitedespateurs.ch/revues-de-mortalite-et-de-morbidite/>

Qui sotto due tabelle interessanti sui
a) fattori che possono contribuire all'errore:

Fattore quadro	Fattore contribuente che può influenzare la pratica clinica
Caratteristiche del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Condizioni (complessità e gravità) • Lingua e comunicazione • Personalità e fattori sociali
Fattori legati al compito	<ul style="list-style-type: none"> • Progettazione e chiarezza strutturale del compito • Disponibilità ed utilizzo di istruzioni e procedure • Disponibilità ed accuratezza dei risultati degli esami • Supporto nel processo decisionale
Fattori individuali (legati all'individualità del personale)	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscenze ed abilità • Competenza • Salute fisica e mentale
Fattori legati al team di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione verbale e scritta • Supervisione e opportunità di aiuto • Struttura del team (compatibilità, coerenza, leadership, ecc.)
Fattori legati all'ambiente di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Dotazione di personale e mix delle competenze • Carichi di lavoro e modalità di turnazione • Progettazione, disponibilità e manutenzione delle attrezzature • Supporto amministrativo e gestionale • Ambiente fisico
Fattori gestionali e organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> • Risorse e vincoli finanziari • Struttura organizzativa • Politica, standard e obiettivi • Cultura della sicurezza e priorità
Fattori legati al contesto istituzionale	<ul style="list-style-type: none"> • Contesto economico e regolatore • Politica sanitaria • Collegamenti con organizzazioni esterne

b) distorsioni (bias) cognitive:

DISTORSIONI COGNITIVE

Euristica della disponibilità (availability bias)

La facilità con la quale si ricordano determinati contenuti influisce sulla percezione soggettiva della probabilità che una cosa avvenga. I contenuti dei quali ci occupiamo regolarmente vengono richiamati più rapidamente alla memoria, indipendentemente dal fatto che sia effettivamente più probabile che si verifichino. Ciò può avere effetti per esempio nel quadro della diagnosi.

Errori di conferma (confirmation bias)

Tendiamo a prendere per buone informazioni che confermano le nostre impressioni e a trascurare quelle che contraddicono le nostre aspettative.

Occhiali da triage (triage cueing)

Al pronto soccorso, capita sovente di dover suddividere i pazienti secondo il quadro clinico e lo stato. Non appena un paziente viene assegnato a un determinato reparto, egli verrà innanzitutto considerato con gli «occhiali» di quella categoria.

Compito yin-yang (yin-yang out)

Dopo numerosi interventi diagnostici, si tende a lasciar perdere prima di aver ottenuto un risultato soddisfacente.

Ritirata della zebra (zebra retreat)

Non viene dato seguito a diagnosi differenziali rare perché non si vogliono sprecare risorse (tempo e denaro), non si vuole essere tacciati di poco realismo, non si ha accesso a specialisti (p. es. il fine settimana) oppure per stanchezza o distrazione.

Effetto carrozzone (bandwagon effect)

Si tende a credere o a fare determinate cose solo perché le credono o le fanno altri. Il cosiddetto pensiero di gruppo, per esempio, induce persone competenti a prendere pessime decisioni in quanto ogni membro adatta la sua opinione a quella presunta del gruppo.

Effetto momentum (diagnosis momentum)

I ipotesi iniziali si trasformano progressivamente in diagnosi definitive, perché tutti ne parlano e accettano la diagnosi. A un certo punto, viene meno la diagnosi differenziale.

Errori di commissione (commission bias)

Vige la convinzione che solo intervenendo possa essere salvaguardato il benessere del paziente.

Errori di omissione (omission bias)

Pessimi risultati originati da un decorso naturale sono più accettati di quelli causati da interventi medici. Di conseguenza, nel dubbio talvolta si tende a non intervenire. Gli errori di omissione sono più frequenti di quelli di commissione.

Liberamente tradotto da: The Ottawa M&M Model: A Guide to Enhancing Morbidity and Mortality Rounds Quality.