

Sulle spalle dei giganti

The critical attitude in medicine: the need for a new ethics

L'attitudine critica in Medicina: la necessità di una nuova etica

(McINTYRE N, POPPER KR. BRITISH MEDICAL JOURNAL 1983; 287:1919-1923)

A CURA DI: PALMIERI VO¹, PALASCIANO G¹.

¹Clinica Medica "A. Murri" – Università di Bari

Il primo capitolo della nuova sezione di QA online dedicata ad articoli o libri di qualche anno fa, che per la loro importanza e consistenza di contenuti gettano ancora una luce chiarificatrice sulle nostre scelte professionali attuali, è rappresentato da un breve saggio pubblicato nel lontano 1983 sulla rivista *British Medical Journal* con due firme che definire prestigiose è poco: si tratta di Neil McIntyre, professore di medicina presso la School of Medicine del Royal Free Hospital di Londra, e del celeberrimo filosofo della scienza Karl Popper, da pochi anni scomparso, autore di testi che hanno radicalmente modificato la storia del pensiero filosofico in particolare nel campo della epistemologia, cioè del metodo nelle scienze.

L'articolo, che tratta della problematica relativa all'errore in medicina, deve considerarsi un classico sull'argomento tanto che può essere agevolmente reperito digitando il titolo su un motore di ricerca come Google: l'intero articolo è free, a disposizione dell'intera comunità di cultori dell'argomento.

Non vi è dubbio che l'interesse maggiore dell'articolo è proprio rappresentato dalla presenza del filosofo austriaco, che affronta i temi a lui cari della metodologia della ricerca scientifica in un ambito applicativo molto ben definito, costituito dall'approccio all'uso dell'errore in medicina.

Prima di inoltrarci nel contenuto dell'articolo, è solo il caso di ricordare quanto sia importante il problema dell'errore in medicina: vi è ampio consenso sul fatto che il riconoscimento e la rivelazione degli errori medici siano una parte vitale degli sforzi per migliorare la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza.

La rivelazione degli errori attraverso la comunicazione diretta con i pazienti e i loro familiari è ritenuta una parte integrante dell'intero processo assistenziale, così come la discussione senza veli degli errori fra colleghi è essenziale per l'apprendimento professionale.

Ciò nonostante esiste una persistente resistenza da parte del personale sanitario e dei medici in particolare a discutere della problematica degli errori in medicina: diversi fattori sono stati chiamati in causa per spiegare la ridotta tendenza a discutere apertamente della problematica degli errori, fra i quali la responsabilità nei confronti dei pazienti, dei colleghi e delle istituzioni oltre che verso se stessi, le barriere attitudinali, incertezze sugli errori da segnalare, la sensazione di essere sguarniti una volta che l'errore è reso noto, nonché fattori fortemente soggettivi come l'ansia e i timori di denunce. L'argomento è così importante da essere stato oggetto di numerose ed approfondite ricerche e revisioni.

Ma l'articolo di Popper si segnala per una provocazione intellettuale che mantiene ancora intatta la sua forza nonostante gli anni passati e che ha una cogente validità ed è foriero di conseguenze operative rilevanti nella pratica professionale: "è importante non solo riconoscere gli errori, ma anche andare alla loro ricerca, allo

scopo di correggerli quanto prima possibile".

In effetti l'epistemologia di Popper attribuisce una grande importanza all'errore.

La tesi di fondo della sua principale opera – "Congetture e Confutazioni" – è proprio che la nostra conoscenza si accresce nella misura in cui impariamo dagli errori.

Nella scienza, come nella vita, afferma Popper, vige il metodo di apprendimento per prove ed errori, cioè di apprendimento dagli errori. Lo scienziato, infatti, "cerca consapevolmente di fare di tutto, ogniqualvolta gli capita una nuova soluzione, per coglierla in fallo e di scoprire in essa un errore: egli tratta o si avvicina alle proprie soluzioni criticamente". Egli, cioè, assume un atteggiamento consapevolmente critico nei confronti delle proprie idee. I tentativi e gli errori degli scienziati consistono in ipotesi, cioè in supposizioni, in tentativi di soluzione di problemi, in congetture. E queste congetture "sono soggette al controllo della critica, cioè a tentativi di confutazione, includenti controlli severamente critici. Esse possono superare questi controlli, ma non sono mai suscettibili di una giustificazione positiva: non possono essere stabilite come sicuramente vere".

Nel saggio "La scienza: problemi, obiettivi, responsabilità" [4], Popper riassume la moderna concezione della scienza, in polemica con il filosofo empirista Bacone:

- Tutta la conoscenza scientifica è ipotetica o congetturale.
- Il progredire della conoscenza, in particolare di quella scientifica, è affidata alla capacità di imparare dai propri errori.
- Ciò che chiamiamo il metodo delle scienze consiste nell'imparare dai propri errori in modo sistematico.
- Ciò che viene chiamato oggettività scientifica consiste semplicemente nell'approccio critico: nel fatto che, se si tende a favorire la teoria che si preferisce, alcuni amici e colleghi saranno pronti a criticare tale lavoro, ossia a confutare, se possono, tali teorie preferite (questa è quella che Popper chiama la cooperazione amichevolmente ostile degli scienziati, ossia la loro prontezza alla reciproca critica).
- Questo fatto dovrebbe incoraggiare tutti a cercare di confutare da se stessi le proprie teorie.
- Il ruolo fondamentale giocato nella scienza dalle teorie, o congetture, o ipotesi, rende importante distinguere fra teorie controllabili (o falsificabili) e non.
- Solo una teoria che sostenga o implichi che certi plausibili eventi non avranno in realtà luogo è controllabile. Il controllo consiste nel cercare di produrre, con tutti i mezzi di cui riusciamo a disporre, proprio quegli eventi che la teoria esclude possano verificarsi.
- L'autoritarismo nella scienza era legato all'idea che le sue teorie potessero essere dimostrate, ossia provate o verificate. L'approccio critico è legato all'idea del controllo, vale a dire all'idea di

cercare di confutare o falsificare le sue congetture.”

Con queste forti premesse teoriche, si comprendono meglio le osservazioni e le proposte contenute nell'articolo selezionato.

Gli autori partono dalla constatazione che “si compiono errori in medicina come in altri ambiti della realtà. Le loro conseguenze possono essere banali, ma spesso sono serie e talora possono essere catastrofiche. Alcuni errori non possono essere evitati, altri sono evitabili e anche colpevoli. Si possono prendere misure per correggere gli errori, ma in molti casi l'errore è irrevocabile; il solo beneficio che se ne può trarre è quello di aiutarci a prevenire il ripetersi di errori simili in futuro. I dottori devono trarre profitto dalle loro esperienze e sin dall'inizio dei loro studi i futuri medici sono esortati ad imparare dai loro errori. Imparare soltanto dai propri errori è però un processo lento e faticoso e, soprattutto, inutilmente costoso per i propri pazienti. Le esperienze devono essere messe in comune così che i medici possano imparare anche dagli errori dei colleghi. Tutto questo richiede che si sia disposti ad ammettere che si è commesso un errore e a discutere i fattori che possono essere responsabili. Questo richiede un'attitudine critica nei confronti del proprio lavoro e in quello degli altri.”

A questo punto, Popper e McIntyre mettono in evidenza una realtà che può considerarsi vera ancora adesso, e cioè che sfortunatamente gli studenti di medicina e i medici stessi vedono una scarsa evidenza di tale atteggiamento aperto attorno a loro. Per tale ragione, i medici spesso evitano anche solo di identificare l'errore nella pratica medica, meno ancora lo registrano, forse perché essi stessi ritengono che l'errore nasca dalla ignoranza propria o dall'inettitudine propria o dei propri colleghi. Ma gli errori devono essere registrati ed analizzati se dobbiamo scoprire perché si sono verificati e come avrebbero dovuto essere prevenuti.

Se gli errori non devono ripetersi è importante che certe attitudini, profondamente radicate nella professione, siano superate. Le attitudini professionali sono spesso determinate dall'etica professionale, dai principi che determinano se le idee o le azioni sono considerate giuste o sbagliate. Esse inoltre influenzano l'etichetta professionale, le regole di comportamento verso i colleghi e, ancora più importante, verso i pazienti.

Gli autori ritengono però che l'etica professionale tradizionale, basata su vecchi punti di vista sull'accrescimento della conoscenza, tenda ad impedire il progresso e le prestazioni e suggeriscono alcune idee su una nuova etica professionale nell'intento di influenzare le attitudini professionali e il comportamento.

L'ACCRESIMENTO DELLA CONOSCENZA: ACCUMULAZIONE O CORREZIONE?

Una prima considerazione riprende un'idea fondamentale formulata da Popper in altre occasioni e che appunto porta a valutare in una luce del tutto nuova il ruolo dell'errore in medicina.

Popper sostiene che, secondo un vecchio punto di vista, la conoscenza scientifica si accresce per accumulazione: noi scopriamo e raccogliamo più e più fatti. Questo punto di vista, ovviamente, non è del tutto sbagliato. La conoscenza si accresce, qui e lì, per accumulazione. Molto più spesso, però, la conoscenza si accresce attraverso il riconoscimento dell'errore – rigettando le vecchie conoscenze e le teorie errate.

La storia della medicina è piena di esempi che illustrano che la revisione di ipotesi ritenute errate è addirittura più importante che non il rilievo di nuovi fatti.

Ovviamente, anche una persona ritenuta una vera autorità scientifica può fare un errore, persino fondamentale. Possono esistere difetti in una dottrina scientifica universalmente accettata - anche in una ritenuta particolarmente solida e sicura.

I grandi uomini della scienza sono ricercatori originali che fanno scoperte che rivoluzionano il loro ambito di ricerca. Ma anche essi fanno errori. Einstein, da tutti riconosciuto come uno dei pensatori più originali, ha ripetutamente menzionato i propri errori.

Non vi è alcuna certezza assoluta nella scienza. La conoscenza scientifica è congetturale, ipotetica. Di conseguenza, non vi può essere alcuna autorità.

Ciò che noi potremmo chiamare la “vecchia” etica professionale è costruita sul punto di vista che la conoscenza scientifica può essere una conoscenza certa, che la conoscenza si accresce di norma per accumulazione e che essa può essere acquisita e conservata nella mente di una persona. Queste idee creano un ambiente favorevole all'emergenza di autorità.

Secondo Popper, queste idee possono avere conseguenze terribili. L'autorità tende a diventare importante nel suo proprio ambito. Non ci si aspetta che un'autorità possa sbagliare; se lo fa, i suoi errori tendono ad essere mascherati allo scopo di sostenere l'idea stessa di autorità. In tal modo la vecchia etica porta alla disonestà intellettuale. Essa ci porta a nascondere i nostri errori, e le conseguenze di questa tendenza può anche essere peggiore di quelle provocate dall'errore che viene coperto. Essa condiziona il nostro sistema educativo, che incoraggia l'accumulazione delle conoscenze e il suo rigurgito in occasione delle prove di esame. Gli studenti sono semplicemente puniti per gli errori. In tal modo essi nascondono la propria ignoranza invece di rilevarla; questo rende difficile per loro, ma anche per i loro docenti, correggere le proprie mancanze.

È questa situazione che porta gli autori a formulare una nuova etica professionale, riassunta nel seguente decalogo epistemologico dell'errore.

“Il decalogo epistemologico dell'errore

- 1. Le nostre conoscenze attuali superano di molto ciò che ogni persona può conoscere, anche all'interno della sua stessa specializzazione. Il sapere cambia in modo rapido e radicale e, soprattutto, non per accumulazione, ma mediante la correzione di teorie e idee erranee. Pertanto non ci possono essere nella scienza autorità di nessun tipo. Ci possono, naturalmente, essere scienziati migliori e peggiori. In genere, lo scienziato migliore è quello che è più consapevole dei suoi limiti.*
- 2. Siamo fallibili ed è impossibile per chiunque evitare tutti gli errori, anche quelli evitabili. La vecchia idea che dobbiamo evitarli deve essere rivista. È erronea e spinge all'ipocrisia.*
- 3. Tuttavia, il nostro compito rimane quello di evitare gli errori, anche se è molto difficile. È un compito in cui nessuno ottiene un successo pieno, neppure i grandi scienziati potentemente creativi che sono guidati, ma abbastanza spesso sviati, dall'intuizione.*
- 4. Gli errori possono nascondersi anche nelle teorie meglio controllate. È compito degli scienziati cercare questi errori. E nel far ciò essi possono essere aiutati grandemente dalla proposta di nuove teorie alternative. Si deve, dunque, essere tolleranti nei confronti delle teorie che sono in disaccordo con quelle momentaneamente dominanti, senza aspettare che esse siano in*

difficoltà. La scoperta che una teoria ben controllata e corroborata (oppure che una procedura comunemente usata) è erronea può essere una scoperta molto importante.

5. *Per tutte queste ragioni, il nostro atteggiamento nei confronti degli errori deve cambiare. Il che implica anche un cambiamento a livello etico, in quanto il vecchio atteggiamento ci spingeva a celare i nostri errori e a dimenticarli prima possibile.*
6. *Il nostro nuovo principio è questo: dobbiamo imparare dagli errori per evitarli in futuro; ciò dovrebbe avere la precedenza anche nell'acquisizione di nuove informazioni. Nascondere gli errori deve essere considerato un peccato mortale. Alcuni errori è impossibile nasconderli: ad esempio, operare un paziente al posto di un altro o amputare un arto sano. Sebbene i danni possano essere irreversibili lo smascheramento di siffatti errori può portare all'adozione di nuove norme idonee a prevenirli. Altri errori, alcuni dei quali ugualmente incresciosi, non sono così manifesti. Ovviamente, coloro che li commettono possono non desiderare di metterli bene in vista, tuttavia è ugualmente ovvio che essi non dovrebbero essere tenuti nascosti, poiché, dopo averli criticamente esaminati, è possibile adottare quei cambiamenti nella pratica in grado di prevenire la loro ripetizione.*
7. *È, quindi, nostro compito cercare gli errori e studiarli bene. Dobbiamo abituarci ad essere critici.*
8. *Ovviamente, essere capaci di criticare le proprie teorie è la cosa migliore, ma la critica degli altri è necessaria ed è particolarmente apprezzabile se affronta i problemi da un diverso background. Dobbiamo, inoltre, imparare ad accettare, con favore e anche con gratitudine, le critiche da parte di coloro che richiamano l'attenzione sui nostri errori.*
9. *Se siamo noi ad attirare l'attenzione degli altri sui loro errori, dobbiamo ricordarci che anche noi abbiamo commesso errori simili. Dobbiamo, cioè, ricordarci che è umano errare e che anche i più grandi scienziati commettono errori.*
10. *Il razionalista critico dovrebbe prefiggersi di individuare direttamente e di identificare in modo chiaro gli errori; di controllare le argomentazioni che dovrebbero sempre essere espresse in una forma tale da essere falsificabili di principio. Egli dovrebbe chiarire, mai formulare insinuazioni o valutazioni solo negative. Dovrebbe essere mosso dallo scopo di avvicinarsi sempre di più alla verità."*

IMPLICAZIONI DELLA NUOVA ETICA PROFESSIONALE PER LA MEDICINA

Quali sono le implicazioni di questa nuova etica professionale per la medicina?

È innanzitutto importante mettersi nelle condizioni di registrare in modo sistematico gli errori per poi analizzarli.

Gli errori dei medici sono comuni. Alcuni errori sono innocenti ed inevitabili, altri colpevoli. Qualunque sia il carattere degli errori, è ovviamente responsabilità dei medici cercare di ridurre la probabilità di errore. Ma non c'è molta evidenza che i medici impieghino molto tempo nell'analizzare i propri errori, sia nella pratica clinica che durante il loro training formativo. Per fare questo è necessario avere una dettagliata registrazione delle diagnosi e delle prognosi erranee, degli effetti collaterali non previsti, del fallimento degli effetti del trattamento, e così via. Senza di ciò non possiamo fornire le basi empiriche necessarie per qualunque teoria adeguata sui li-

miti del potere predittivo dei medici.

Non solo però la registrazione degli errori medici, ma anche la qualità della documentazione clinica costituiscono implicazioni importanti della etica professionale proposta da McIntyre e Popper. I due autori sottolineano a questo punto il fatto che spesso le cartelle cliniche non consentono la valutazione della relazione fra l'assistenza medica e il suo stesso esito. Le cartelle sono spesso illeggibili, esse sono spesso un'accozzaglia di fogli e sono frequenti le imprecisioni e le omissioni. Le cartelle non solo possono essere di intralcio all'analisi degli errori, ma esse stesse possono essere causa di errori, in quanto informazioni vitali per la gestione del paziente spesso si perdono nel caos dei fogli. Dalla scarsa qualità delle cartelle cliniche, si potrebbe inferire una mancanza di interesse nella registrazione e nella valutazione dell'assistenza. Le cartelle devono essere migliorate per consentirne l'uso per l'analisi di casi individuali. Senza buone cartelle cliniche, l'audit è virtualmente impossibile.

ATTITUDINE ALL'AUDIT E ALLA REVISIONE FRA PARI ("PEER REVIEW")

Nonostante l'audit medico sia stato invocato da oltre un secolo come uno strumento per il miglioramento dell'assistenza medica (si vedano le osservazioni di Thomas Percival [14] e di Florence Nightingale [15]), nonostante il valore del "feedback" nella modificazione del comportamento non possa essere messa in dubbio (si tratta di un processo biologico fondamentale: è alla base di tutte le forme di apprendimento, "dell'apprendere dai propri errori"), nonostante esista una forte evidenza scientifica che tale processo modifichi realmente la performance professionale in senso positivo, nonostante tutto questo, molti medici sfortunatamente, ma comprensibilmente, hanno un atteggiamento oppositivo nei confronti dell'audit. Essi paventano l'idea che il loro lavoro sia sottoposto a revisione.

Ci sono molte ragioni del perché i medici, individualmente e come associazione professionale, resistano all'idea dell'audit e della peer review. I professionisti di quasi tutti i settori si risentono all'idea che la qualità del loro lavoro sia sottoposta a verifica. Essi danno per scontato non solo di essere capaci di svolgere il proprio lavoro senza alcun controllo, ma anche di essere in grado di controllare l'attività dei neoassunti o di chi sta completando la formazione. I medici professionisti hanno sempre goduto (o hanno sempre aspirato a godere) di una completa autonomia professionale. Ritenere che il loro lavoro debba essere sottoposto a verifica sembra implicare il fatto che il loro lavoro non sia completamente soddisfacente e che la loro performance richieda un miglioramento. Se il problema è messo in questi termini, non sorprende che essi debbano rifiutare questa idea. Ma, sostiene Popper, lo scopo della peer review è migliorare la performance professionale anche quando questa è già di elevato livello. Si potrebbe dire che la disponibilità ad accettare le critiche cresce con la qualità del professionista e con la fiducia in se stesso.

Per questa ragione gli autori ritengono che gli sforzi per migliorare la performance debbano venire da un desiderio per il proprio miglioramento, un desiderio basato su un imperativo interiore essenzialmente etico. L'audit deve essere parte di uno strumento disciplinare; deve essere uno strumento per apprendere attraverso il feedback.

CENTRALITÀ DELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Due altri fattori peculiari della medicina, entrambi di importanza notevole, condizionano l'attitudine dei medici alla peer review. Il primo risiede nel carattere del proprio lavoro; il secondo nella natura della relazione medico-paziente.

Quando un medico fornisce una risposta alla richiesta di soluzione del proprio problema da parte del paziente, egli si assume una responsabilità personale per il modo in cui tratta i problemi dei suoi pazienti e lo fa sulla base della sua propria esperienza clinica. Questa considerazione, svolta oltre 25 anni fa, ha ancora una validità ai nostri giorni, in tempi di medicina basata sulle evidenze scientifiche: spesso infatti il lavoro dei medici tende ad essere auto-referenziato e auto-validato. Questi fattori incoraggiano la responsabilità personale piuttosto che quella collettiva. Tali medici esagerano l'ammissibilità delle opinioni che variano da persona a persona e sostengono una ben determinata resistenza alla revisione del proprio modo di esercitare, anche se altri lo disapproverebbero. Essi incoraggiano ciò che Popper definisce il "relativismo" nella pratica clinica.

Quanto al secondo fattore, molti medici ritengono che l'audit e la peer review minaccerebbero la relazione medico-paziente. Alcuni medici, infatti, sostengono giustamente che la fiducia del paziente nel proprio medico ha un valore terapeutico e ritengono che sarebbe danneggiata se i pazienti realizzano che gli errori sono relativamente comuni. Per i pazienti, la peer review sistematica potrebbe implicare che la capacità dei dottori è stata limitata e non ha giustificato la grande fiducia riposta in loro.

Popper e McIntyre rispondono a queste opinioni, in primo luogo evidenziando il fatto che i pazienti sarebbero ben contenti di ogni sforzo fatto per migliorare la pratica clinica; essi avrebbero buone ragioni per risentirsi se sapessero che i medici fanno resistenza di fronte ad un'opportunità di migliorare il loro lavoro. I pazienti, dopo tutto, sanno bene che ci sono errori; e la relazione medico-paziente dovrebbe certamente dipendere dalla mutua fiducia piuttosto che da una convinzione mistica. Potrebbe anche migliorare se i pazienti sapessero che i medici hanno assunto un atteggiamento di mutuo criticismo.

Una peer review dovrebbe pertanto essere promossa regolarmente nel contesto della pratica quotidiana. Diversi tipi di audit possono essere utili; esperimenti ed esperienze sono necessarie per capire quali metodi sono migliori nelle situazioni più particolari.

RELATIVISMO VERSUS MENTE APERTA

È necessario anche combattere quello che è stato definito prima il relativismo in campo clinico.

Nella pratica clinica molte questioni sono poco chiare e ci si trova spesso in situazioni in cui non esiste una chiara soluzione a un problema medico. Questa situazione rafforza un atteggiamento relativistico, secondo il quale la verità è relativa, non ci sono obiettivi standard, e gli standard variano da individuo a individuo o da gruppo a gruppo. Come si è detto prima, il relativismo è anche incoraggiato dal fatto che i medici tendono all'indipendenza professionale. Essi credono nel proprio approccio e pongono l'enfasi sulla responsabilità personale piuttosto che su quella collettiva. Ma per molti problemi può esserci un percorso diagnostico migliore ben stabilito, sia per l'esperienza cumulativa di altri medici che come risultato di trial clinici attentamente controllati. Quando questo è vero, vi è poco spazio per la difesa del relativismo.

In questo ambito fa capolino fra le righe dell'articolo uno dei principi guida della medicina basata sulle evidenze che poi si affermerà di lì a pochi anni, cioè che il comportamento professionale dei medici deve fare riferimento, quando possibile, a raccomandazioni derivanti dall'analisi dei dati scientifici disponibili in letteratura.

Ma le osservazioni di Popper e McIntyre vanno ancora oltre. Per loro, infatti, rigettare il relativismo in medicina (come in altre aree) è una questione importante. Siamo tutti fallibili e perciò dovremmo dubitare che ciò che appare a noi sia vero e dovremmo anche mettere in dubbio quei principi morali ed etici che riteniamo particolarmente cari. Ma nel mettere in dubbio tali convinzioni dovremmo anche andare alla ricerca di qualcosa di meglio. La verità può essere difficile da raggiungere, ma dobbiamo riconoscere che se ammettiamo i nostri errori, possiamo, sia pure con sforzo, avvicinarci alla verità e possiamo essere capaci di prevenire tali errori in futuro. Come tutta la conoscenza e tutte le abilità, quelle dei medici migliorano se sono identificati gli errori e se questa informazione è usata come feedback. Pertanto non dobbiamo mai fermare la nostra ricerca critica della verità. Dobbiamo avere una mente aperta e dobbiamo sempre cercare di apprendere da coloro che hanno un punto di vista differente.

UN NUOVO ETHOS

Gli autori concludono con alcune raccomandazioni e suggerimenti.

Nel valutare l'assistenza medica la tolleranza è essenziale e nella ricerca degli errori non dovrebbe esserci alcuna denigrazione degli altri né alcuna condanna associata con il processo della peer review. Sarebbe moralmente errata e avrebbe un effetto deterrente sulla partecipazione dei medici. L'obiettivo della peer review deve essere educativo e pratico: esso deve essere legato al miglioramento della pratica professionale di tutti i medici e non alla punizione di coloro che sbagliano.

È allora importante non solo riconoscere errori ma cercarli allo scopo di correggerli nel modo più rapido possibile. Non solo noi impareremo dai nostri errori, ma anche altri imparerebbero alla stessa maniera.

CONCLUSIONI

L'aspetto forse più innovativo di questo breve saggio di Popper e McIntyre è probabilmente rappresentato dall'attenzione che essi riservano all'uso dell'errore come fonte di conoscenza in medicina e pertanto alla promozione di un atteggiamento mentale che porta a far emergere gli errori compiuti piuttosto che a nascondarli o a seppellirli. Crediamo che ci siano ancora molte cose da fare in questo senso, alcune delle quali già suggerite nell'articolo stesso, ad esempio il miglioramento della qualità della documentazione clinica, la registrazione degli errori e la costituzione di banche degli errori, la promozione sistematica di attività di audit o di peer review come parte integrante dell'attività professionale quotidiana e anche durante il ciclo formativo dei medici e del personale sanitario in genere, la valutazione della qualità professionale, la realizzazione di attività di collaborazione fra ordini e categorie professionali e associazioni di rappresentanza dei cittadini finalizzate a promuovere l'analisi degli errori medici per obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

Il fascio di luce che proviene da questo importante articolo del 1983 continua ad essere fortemente luminoso ancora ai nostri giorni.

Tabella 1 - Sintesi delle principali affermazioni contenute nell'articolo "The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. Neil McIntyre, Karl Popper. British Medical Journal, 1983; 287: 1919-1923"

Il progredire della conoscenza, in particolare di quella scientifica, è affidata alla capacità di imparare dai propri errori
La conoscenza si accresce attraverso il riconoscimento dell'errore – rigettando le vecchie conoscenze e le teorie errate.
La vecchia etica porta alla disonestà intellettuale. Essa ci porta a nascondere i nostri errori, e le conseguenze di questa tendenza può anche essere peggiore di quelle provocate dall'errore che viene coperto.
Dobbiamo imparare dagli errori per evitarli in futuro; ciò dovrebbe avere la precedenza anche nell'acquisizione di nuove informazioni. Nascondere gli errori deve essere considerato un peccato mortale.
Spesso le cartelle cliniche non consentono la valutazione della relazione fra l'assistenza medica e il suo stesso esito.
Lo scopo della peer review è di migliorare la performance professionale anche quando questa è già di elevato livello.
I pazienti sarebbero ben contenti di ogni sforzo fatto per migliorare la pratica clinica
Una peer review dovrebbe pertanto essere promossa regolarmente nel contesto della pratica quotidiana
L'obiettivo della peer review deve essere educativo e pratico: esso deve essere legato al miglioramento della pratica professionale di tutti i medici e non alla punizione di coloro che sbagliano.

BIBLIOGRAFIA

Per conoscere meglio il pensiero di Popper:

1. Popper KR. Scienza e Filosofia, Torino: Einaudi, 1969.
2. Popper KR. Miseria dello storicismo, Milano: Feltrinelli Editore, 2005.
3. Popper KR. Verso una teoria evolutivista della conoscenza, Roma: Armando Editore, 1996.
4. Popper KR. Il mito della cornice (Difesa della razionalità e della scienza), Bologna: Il Mulino, 1995.
5. Baldini M. Karl Popper & Sherlock Holmes, Roma: Armando Editore, 1998.

Per approfondire il tema dell'articolo:

6. Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE, Tripp-Reimer T, Hillis SL. An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors, J Gen Intern Med 2006;21:942–8.
7. Weingart SN, Wilson RM, Bibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error, BMJ 2000;320:774–7.
8. Leape LL. Error in medicine, JAMA 1994;272:1851–7.
9. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768–70.
10. Leape LL. Reporting of adverse events. N Engl J Med 2002;347:1633–8.
11. Weissman JS, Annas CL, Epstein AM et al. Error reporting and disclosure systems: views from hospital leaders. JAMA 2005;293:1359–66.
12. Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err is Human: what have we learned? JAMA 2005;293:2384–90.
13. Gallagher TH, Lucas MH. Should we disclose harmful medical errors to patients? If so, how? J Clin Outcomes Manage 2005;12:253–9.
14. Percival T. Medical Ethics - 3rd ed. Oxford: John Henry Parker, 1849.
15. Nightingale F. Notes on Hospital - 3rd ed. London: Longman, 1863.