

L'importanza del "quasi errore" in medicina

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale
Flero (BS)

Per evitare di sbagliare non basta seguire scrupolosamente protocolli e procedure di routine. È necessario promuovere un atteggiamento culturale non colpevolizzante che focalizzi la natura cognitiva dell'errore consentendo l'analisi delle fasi mentali che precedono l'azione, ovvero i processi psicologici, logici e cognitivi, che intervengono nell'elaborazione delle informazioni

Alla natura cognitiva dell'errore in medicina sono stati dedicati negli ultimi anni due volumi. Il primo è opera di un clinico (Jerome Groopman. Come pensano i dottori, Mondadori 2008) già autore di testi divulgativi, mentre il secondo è dovuto alla penna di un consulente del fortunato serial televisivo *Doctor House* (Lisa Sanders. Ogni paziente racconta la sua storia, Einaudi 2010), di ben diversa inclinazione relazionale rispetto allo scontoso infettivologo televisivo.

Secondo un'impostazione prevalente, tutti (o quasi) gli errori medici si potrebbero prevenire o evitare se solo i medici si attenessero ai protocolli, ritenuti validi a priori, cioè a prescindere dalle situazioni particolari e dal tipo di contesto.

Il *risk management* si rifà al concetto di sbaglio, inteso come scorretta applicazione di una procedura predefinita, di per sé garante di buoni risultati. In questa concezione si intravede in filigrana il contesto ospedaliero, con la sua struttura organizzativa e la sovrabbondante dotazione tecnologica, spesso fonte di problemi per acritica fiducia nello strumento più che nelle facoltà critiche di chi lo utilizza. Esempi tipici di sbagli operativi sono gli scambi di pazienti in sala operatoria, la dimenticanza di garze o strumenti chirurgici in addome, ecc.

Schematicamente nella prospettiva pragmatica lo sbaglio operativo è:

1. dovuto a negligenza, imperizia o trascuratezza nell'applicazione di un protocollo o di una linea guida;
2. prevenibile, osservando scrupolosamente le procedure corrette;
3. correlato a un danno per il paziente (evento avverso) e a una re-

sponsabilità individuale, dolosa o colposa.

Nell'idea di errore operativo mancano riferimenti al giudizio, al ragionamento, ai processi decisionali e in generale all'elaborazione mentale delle informazioni, come se, prima di mettere in atto regole pur rigorose, non fosse necessario osservare, inferire, valutare e scegliere una certa "rappresentazione" dei fatti (una diagnosi) piuttosto che un corso d'azione tra diverse alternative (una terapia).

Questa impostazione deriva della cosiddetta razionalità tecnica di origine positivista. Secondo questo schema metodologico, descritto dal cognitivista Donald Schoen, il professionista si limita ad applicare ai casi pratici le teorie scientifiche generali e le conseguenti procedure standardizzate per la soluzione dei problemi. Al contrario di ciò che postula la razionalità tecnica, il professionista si trova spesso a fronteggiare situazioni caratterizzate da unicità, complessità, incertezza e conflitti di valore.

■ L'approccio cognitivo

L'errore si annida in circostanze statisticamente poco prevedibili, di fronte ad assistiti con sintomi strani, aspecifici o non codificati; per trovare soluzioni efficaci si deve instaurare, secondo Schoen, una "*conversazione riflessiva con la situazione*" fatta di prove, tentativi ed errori, analogie con altri casi, ecc. Al fine di percepire e prevenire l'errore, il clinico deve adottare un atteggiamento di riflessione critica nel corso dell'azione, lontana dall'applicazione automatica e acritica di procedure standardizzate, poco flessibili e

adattabili a contesti mutevoli.

Per fortuna nella realtà non sempre l'errore si traduce in un danno per l'assistito. Per descrivere queste situazioni è stato elaborato il concetto di "quasi errore": si può trattare di una terapia scorretta o di un ritardo diagnostico, ma può capitare che ci si avveda per tempo dell'errore e si riesca a rimediare, in virtù di un riesame critico del procedimento che hanno condotto il clinico sulla soglia dell'evento avverso.

Il quasi errore è favorevole alla cultura *no blame*, consentendo l'analisi delle fasi mentali che precedono l'azione.

Schematicamente, il quasi errore nell'accezione cognitiva è:

- prevalentemente diagnostico, in quanto attiene più alla rappresentazione della realtà che all'azione;
- implica *bias*, ad esempio il ricorso a scorciatoie (euristiche) cognitive della rappresentazione e del giudizio clinico, imprecise o troppo semplificate;
- è spesso latente, inavvertito o con scarse conseguenze pratiche (non sempre un ritardo diagnostico si rivela dannoso).

Il *risk management* tende a privilegiare la messa in atto di procedure standardizzabili a scapito dell'analisi dei processi cognitivi. La motivazione è intuibile: lo schema analitico dello sbaglio operativo risponde all'esigenza di tutela assicurativa e giudiziaria da cause di malapratica e quindi si disinteressa del quasi errore, poiché non comporta esiti avversi. Eppure il filone cognitivo è foriero di insegnamenti in quanto attiva processi di autoosservazione critica e di riflessione nel corso dell'azione, che possono favorire l'evoluzione verso un confronto *no blame* sulla pratica clinica.