

# Un cancro al colon più volte ignorato

**Giuseppe Belleri**

MEDICINA GENERALE  
FLERO (BS)

La vicenda narrata esemplifica la differenza tra errore e quasi errore (near miss). Di solito, quando si pensa agli errori medici, prevale l'aspetto operativo: quasi tutte le definizioni, infatti fanno riferimento ad azioni o alla pianificazione di azioni non appropriate rispetto allo standard di riferimento. Ne deriva, implicitamente, che per evitare di sbagliare (e prevenire quindi i conseguenti danni all'assistito), basta seguire scrupolosamente protocolli, linee guida e procedure di routine. Chi scrive si è anche imbattuto in letteratura in questa affermazione: «non tutti gli eventi avversi sono dovuti a errori, ma solo quelli evitabili», quasi che tutti gli errori si potessero prevedere ed evitare.

Insomma il pensiero medico sottolinea quasi esclusivamente gli aspetti pratici: le azioni, gli interventi e le procedure codificate sono di per sé garanti di un buon esito. Mancano riferimenti al pensiero, al giudizio, al ragionamento, alla decisione e in generale all'elaborazione delle informazioni, come se, prima di mettere in atto procedure pur rigorose, non fosse necessario osservare, percepire, inferire. Si intravede, nella filigrana di tale concezione, che il contesto professionale di riferimento è l'ospedale, con la sua struttura organizzativa e

## IL CASO

### Errare humanum, perseverare diabolicum

Fabrizio G, ex atleta quarantottenne che in seguito a un grave trauma cranico sportivo è handicappato fisicamente (ma non psichicamente, nonostante l'afasia) e soffre da sempre di dispepsia da calcoli alla colecisti, ha un episodio di subocclusione intestinale con dolore in ipocondrio destro; da poco gli ho prescritto un chinolonico per una manifestazione disurica e febbrile di infezione alle vie urinarie. Quando arrivo a domicilio è già sera e, dato che palpo un addome teso e la moglie mi riferisce un transito di feci e gas pressoché assente, preferisco farlo ricoverare: l'episodio si risolve spontaneamente nella nottata e Fabrizio viene dimesso senza indagini strumentali di sorta. Una settimana dopo che è tornato a casa, trova tra le feci una masserella che io gli faccio portare, con mia impegnativa, in anatomia patologica, prescrivendogli frattanto una colonscopia con bollino verde. Prima del giorno fissato per l'esame l'uomo è nuovamente condotto al pronto soccorso per dolori addominali accompagnati da febbricola e persistente inappetenza e di nuovo viene «risistemato con una flebo» e dimesso. Intanto, però, mi arriva per fax il referto istologico: carcinoma. Chiedo così il terzo ricovero, sperando che almeno questa volta portino a compimento l'iter diagnostico.

**Per evitare di sbagliare non basta seguire scrupolosamente protocolli, linee guida e procedure di routine. E' necessario diffondere e condividere una cultura del rischio clinico tra gli operatori sanitari.**

con il suo l'assetto operativo tecnologico, principale fattore di criticità.

Non sfugge a questa impostazione la recente iniziativa formativa ministeriale che si propone di diffondere tra gli operatori la cultura del rischio clinico utilizzando il canale della formazione a distanza (Ministero della salute 2007). Schematicamente, lo sbaglio operativo terapeutico o correlato a un atto medico, in questa accezione pragmatica, può essere:

- ◆ dovuto a negligenza, distrazione, imperizia o trascuratezza nell'applicazione di un protocollo o di una procedura;
- ◆ prevenibile, osservando scrupolosamente le procedure corrette;
- ◆ correlato a un danno per il paziente (evento avverso) e a una precisa responsabilità individuale, di natura dolosa o colposa. →

## OCCHIO AL CONCETTO

## Errando tra gli errori

- ▶ **Rischio clinico:** definisce la possibilità che un paziente subisca danno o disagio involontario, imputabile alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.
- ▶ **Errore:** insufficienza del sistema che limita il fallimento delle azioni programmate; omissione con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo di cura; comportamento giudicato inadeguato da pari per esperienza e competenza, a prescindere dalle conseguenze per il paziente.
- ▶ **Evento avverso:** evento indesiderato e non intenzionale che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche. L'evento avverso derivato da errore è definito «prevenibile». Per attuare le misure di prevenzione, riveste grande importanza non solo l'analisi degli eventi avversi, ma anche quella dei quasi eventi (near miss).

Questa impostazione confluisce nell'alveo della cosiddetta «razionalità tecnica», ovvero – a detta del cognitivista Donald Schon – l'estensione alle professioni dell'epistemologia di stampo positivista, secondo la quale il professionista si limita ad applicare ai casi pratici le teorie scientifiche generali e le conseguenti procedure standardizzate per la soluzione dei problemi.

Evidentemente consapevoli della parzialità di tale impostazione, alcuni autori hanno introdotto l'idea che esistono anche situazioni in cui qualcosa non va per il verso giusto pur senza che il paziente ne subisca le conseguenze. Che si tratti di un'azione sbagliata (per esempio la somministrazione di un farmaco controindicato) o di una svista diagnostica che provoca un ritardo nelle cure, il paziente può non ricevere un danno evidente oppure il medico riesce a rimediare, evitando l'evento avverso. Per ciò è stata coniata l'espressione «quasi errore»: l'enfasi viene posta sulle fasi mentali precedenti l'azione (terapeutica o diagnostica) vale a dire sugli aspetti psicologici, logici e cognitivi che intervengono nella rappresentazione dei fatti elaborata dal professionista.

Questa concezione si adatta meglio al contesto extra ospedaliero, in quanto povero di tecnologia e meno complesso dal punto di vista organizzativo.

Altrettanto schematicamente, il quasi errore, nell'accezione cognitiva, è prevalentemente:

- ◆ diagnostico o correlato al procedimento diagnostico;
- ◆ implicante bias cognitivi, come il ricorso a euristiche di giudizio imperfette o troppo semplificate;
- ◆ spesso latente o con conseguenze negative per l'assistito poco evidenti.

Al contrario di ciò che postula la razionalità tecnica, il professionista si trova spesso a fronteggiare situazioni caratterizzate da unicità, instabilità, incertezza e conflitti di valore; per trovare soluzioni praticabili deve instaurare, sempre secondo Donald Schon, una sorta di «conversazione riflessiva con la situazione» fatta di prove, tentativi ed errori, analogie, procedure indiziarie, più che applicare meccanicamente protocolli standardizzati preconstituiti. Insomma, ricorrendo a uno slogan, il primo tipo ha a che vedere con le azioni, il secondo invece con le rappresentazioni che le precedono.

La medicina specialistica tende a privilegiare la messa in atto di procedure empiriche (standardizzabili) a scapito dei più sfumati processi cognitivi (immateriali e variabili). La motivazione è intuibile: lo schema analitico dello sbaglio operativo risponde all'esigenza di tutela assicurativa e giudiziaria nell'eventualità di cause intentate per mala pratica.

## MEGLIO TARDI CHE MAI: IL QUASI ERRORE

Il caso clinico narrato in apertura appartiene probabilmente al secondo tipo di errore, perché riguarda la fase diagnostica e ha comportato un ritardo nella diagnosi che, però, non è detto abbia conseguenze significative per il paziente. È interessante che, stavolta, il quasi errore sia stato compiuto in ospedale: anche la struttura tecnologica per antonomasia può, dunque, cadere preda di una fallace rappresentazione della realtà. Si potrebbe anzi ipotizzare che sia proprio la dimensione collettiva della decisione (quindi di delega e ripartizione delle responsabilità) alla base delle sviste qui ripetute.



Titolo dell'opera: *Polaroidgirl*

Se, per analizzare il caso, si fa ricorso alla chiave di lettura dello sbaglio operativo, le tappe per ricostruirlo ripercorrono lo schema proposto sopra, ma a ritroso:

- ◆ definire natura ed entità del danno subito dal paziente (è probabile che il ritardo terapeutico di due mesi circa non abbia comportato gravi conseguenze prognostiche);
- ◆ individuare linee guida o procedure di riferimento accreditate in base alle quali valutare la condotta dei medici che si sono alternati alla gestione del caso durante i tre ricoveri (un eventuale nesso tra mancata osservanza del protocollo e danno inferto è oggetto di argomentazioni giuridiche).

Mancando il primo elemento, vengono meno le successive tappe, perché nessuno avrebbe interesse a percorrerle. Ben diverso sarebbe il caso in cui invece dell'espulsione di un frammento della neof ormazione tumorale si fosse verificata una condizione acuta, come un'occlusione intestinale, con necessità di un intervento chirurgico immediato e rischioso.

Il riferimento allo schema analitico del quasi errore cognitivo si focalizza, all'inverso, sugli aspetti psicologici, relazionali e organizzativi che hanno ostacolato il processo dai sintomi alla diagnosi attraverso la prescrizione delle opportune indagini.

### IL SOLITO DILEMMA: ORGANICO O FUNZIONALE?

Per tre volte è stata scelta la seconda possibilità, con dimissione veloce e rinuncia a ulteriori indagini: per dirimere la questione dell'origine del principale sintomo proposto, la stipsi acuta (con sub-occlusione intestinale) entrano in gioco la valutazione dell'epidemiologia delle malattie intestinali ed extra intestinali, delle abitudini alimentari, delle modalità di esordio e dell'andamento del sintomo, dei segni clinici associati, eccetera. La diversa considerazione della probabilità di una causa organica della stipsi porta al tentativo di correzione dietetica e farmacologica oppure alla prescrizione di indagini radiologiche o endoscopiche. Evidentemente, a ogni ricovero le équipe chirurgiche hanno scartato l'ipotesi organica, che pure era suffragata almeno da un elemento, ovvero la recidiva della sintomatologia. La reiterata sottovalutazione del disturbo potrebbe aver tratto origine da difficoltà di comunicazione tra medico e paziente e non v'è dubbio che queste siano la regola in caso di disabilità psichica e di alterazioni del linguaggio, come quelli di cui è affetto il protagonista del caso. Nell'ambulatorio del medico di famiglia, però,

#### Mistake in casualty

*Occhio Clinico 2008; 1: 15*

**Key words:** Cancer; Mistake

#### Summary

A doctor sends his or her patient to casualty for tests. The casualty staff fail to recognise that the man has a colon cancer. What short-circuit led to this mistake? Scrupulously following protocols, guidelines and routine procedures is not enough to stop mistakes from happening. It is necessary to disseminate and share a clinical risk culture among healthcare professionals.

la personalità dell'assistito ha un valore segnale non meno importante, dal punto di vista biologico, dei cosiddetti segni clinici oggettivi. Proprio in considerazione della rilevanza biologica dei resoconti e delle narrazioni ai fini diagnostici e relazionali, due strategie compensano il deficit del canale comunicativo verbale:

- ◆ una particolare attenzione alla dimensione non verbale, magari con la mediazione dei parenti più stretti;
- ◆ la ricerca di conferma delle ipotesi elaborate con esami diagnostici per immagini.

Ciò che stupisce, nella vicenda narrata, è che in ospedale nessuno abbia cercato tale conferma all'asserita «coprostasi funzionale».

Possono qui entrare in gioco le dinamiche organizzative e quelle della decisione collettiva. Non è infrequente che in vicende simili sia all'opera il cosiddetto group think (pensiero di gruppo), vale a dire la tendenza a privilegiare l'accordo e l'unanimità del gruppo nel processo decisionale, rispetto al fare emergere posizioni di dissenso. Quando il gruppo è caratterizzato da una forte coesione (cioè dalla tendenza a mantenere relazioni positive al proprio interno), il vaglio delle informazioni può essere soggetto a un bias di selezione a priori dei dati che implicitamente confermano la decisione assunta (confirmation bias). Questa tendenza può essere accentuata da una leadership autoritaria o carismatica e dalla scarsa accessibilità o incertezza delle informazioni disponibili. Non si può escludere, infine, che nella decisione di dimettere il paziente senza proseguire nell'iter diagnostico abbiano avuto un ruolo anche motivazioni di tipo amministrativo (disponibilità dei posti letto e criteri di priorità di accesso al nosocomio). ◆

#### NOTA BIBLIOGRAFICA

- ◆ Antiseri D et al. L'errore clinico. In Antiseri D et al. *Epistemologia, clinica medica e la "questione" delle medicine "eretiche"*. Soveria Mannelli: Rubbettino, 2003.
- ◆ Anonimo. *L'errore in medicina: frequenza, meccanismi e prospettive di prevenzione*. BIF 2001; 3: 99.
- ◆ AA VV. *La scelta imperfetta*. Bologna: McGraw-Hill, 2007.
- ◆ Benincasa et al. *Il giudizio clinico in Medicina generale*. Milano: UTET periodici, 2001.
- ◆ Crupi V et al. *La dimensione cognitiva dell'errore in medicina*. Milano: Franco Angeli, 2006.
- ◆ Delvecchio G. *Decisione ed errore in medicina*. Torino: Centro Scientifico, 2005.
- ◆ Ministero della salute. *Manuale per la formazione degli operatori sanitari*. 2007.
- ◆ Schön DA. *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*. Milano: Franco Angeli, 2006.