

Sociologica - Collana di Studi e Ricerche
a cura dell'Università "Kore" di Enna

Diretta da Giacomo Mulè.

COMITATO SCIENTIFICO:

Simona Andrini, *Università di Roma, La Sapienza* - Andrea Bixio, *Università di Roma, La Sapienza* - Luigi Frudà, *Università di Roma, La Sapienza* - Mario Giacomarra, *Università di Palermo* - Luca Giuliano, *Università di Roma, La Sapienza* - Mariano Longo, *Università del Salento* - Fabio M. Lo Verde, *Università di Palermo* - Andrea Millefiorini, *Seconda Università degli Studi di Napoli* - Giuseppe Moro, *Università di Bari* - Giacomo Mulè, *Università di Enna, Kore* - Andrea Vargiu, *Università di Sassari*.

*Il presente volume è stato sottoposto
a referaggio anonimo di tre esperti.*

Loredana Tallarita

IL POSTO DELL'ERRORE

Un *excursus* sociologico

Euno Edizioni

© copyright 2018
Euno Edizioni
via Mercede 25 - 94013 Leonforte (En)
Tel. 0935 905877
info@eunoedizioni.it
www.eunoedizioni.it

ISBN: 978-88-6859-146-5

Finito di stampare nel Marzo 2018
da Photograph - Palermo

Sommario

Breve nota introduttiva p. 9

Capitolo 1 p. 17
L'azione sociale tra struttura, individuo e mutamento

1. L'azione nella prospettiva weberiana e il tipo ideale, p. 17 - 2. La causalità nell'agire sociale dotato di senso tra spiegazione e comprensione, p. 24 - 3. Azione razionale, spiegazione causale e l'errore, p. 31 - 4. *Funzioni latenti e manifeste* nella riflessione mertoniana, p. 36 - 5. Relazioni sociali e d'*interdipendenza* nei contesti socio-istituzionali, p. 45 - 6. Le azioni tra effetti d'aggregazione, composizione e mutamento, p. 48

Capitolo 2 p. 53
Effetti perversi e imprevisi nei sistemi d'*interdipendenza* e il paradigma della *Serendipity*

1. Sistemi relazionali e d'*interdipendenza*: come si posiziona l'agire sociale, p. 53 - 2. Strutture sociali: *effetti di neutralizzazione* e di *divergenza*, p. 59 - 3. A proposito delle teorie di medio raggio mertoniane, p. 66 - 4. L'analisi funzionale nei contesti di ruolo, p. 70 - 5. *Funzioni e disfunzioni* di contesto e tensione strutturale, p. 76 - 6 Il paradigma euristico della *Serendipity*, p. 82

Capitolo 3
Efficienza/inefficienza
delle decisioni assurde e l'*errore*

p. 89

1. Le decisioni assurde e il cambiamento di rotta dell'azione, p. 89 - 2. L'efficacia del *bricolage cognitivo* nelle situazioni d'emergenza, p. 95 - 3. Le valutazioni euristiche in base all'esperienza, p. 100 - 4. Azione radicale e persistente contro l'obiettivo, p. 102 - 5. Le decisioni assurde e la persistenza dell'*errore* radicale, p. 110

Capitolo 4
Processi decisionali
e il *Risk-Management* in ambito sanitario

p. 121

1. Sistema sanitario, rischio clinico e variabili impreviste alla luce della normativa vigente, p. 121 - 2. Le linee-guida tra previsione dell'*errore* e qualità dei processi decisionali, p. 128 - 3. La classificazione degli *errori* in ambito medico, p. 131 - 4. La comunicazione come fonte di *errore*, p. 136 - 5. Metodi per l'analisi di rischio e l'attività del *Risk-Manager*, p. 140 - 6. La gestione del rischio clinico e i sistemi di *Reporting*, p. 142 - 7. Le linee-guida e l'*errore* in ambito medico-ospedaliero, p. 147

Bibliografia

p. 157

Alla memoria
del prof. Raymond Boudon

Nota introduttiva

Siamo circondati dagli errori, anche se non ci rendiamo conto che di essi si tratta. L'idea di questo lavoro nasce dalla constatazione che ci sono più errori che cose veritiere ed è così che ho cercato di osservare il complesso territorio degli errori, cercando di riannodare *il filo di Arianna* teorico-sociologico su questo tema, che si presenta non fortemente consolidato negli studi sociologici maggiormente presi in considerazione.

Gli *errori* possono essere frutto di *decisioni assurde* (Morel 2002) o provenire da azioni razionali (Weber 1922, 1923) dirette a degli scopi e configurarsi come le *conseguenze impreviste e non volute* nei contesti socio-istituzionali. L'*errore* è l'effetto emergente di una *situazione d'interdipendenza* che orienta in modo cogente le scelte decisionali, messe in atto dagli individui/decisori, in funzione di protocolli e di linee-guida specifiche. Può essere considerato un risultato *non previsto* o un *effetto emergente e perverso* di una o più azioni (Merton 1936, 1968; Boudon 1977) che mirano a un obiettivo (Weber 1922, 1923) oppure come una deviazione dell'azione rispetto agli obiettivi.

L'*errore* è stato etichettato in diversi modi, tuttavia, è possibile raggruppare i vari tipi di *errore* in due grandi categorie: l'*errore logico* e l'*errore empirico*. Quest'ultimo coincide con lo sbaglio pratico commesso dal chirurgo o dal pilo-

ta. *L'errore* (Antiseri 1990) non può essere considerato soltanto un fatto teorico distinto da quello pratico. Non esistono errori in *teoria* che non siano espressi anche nella *pratica*. Si tratta di due dimensioni fortemente correlate e interdipendenti.

L'errore è spesso indicativo di un risultato negativo dell'azione o di un percorso decisionale complesso, in base al quale sono stati formulati dei comportamenti che, rispetto agli obiettivi, hanno subito delle deviazioni in corso d'opera. *L'errore* può essere correlato alle *decisioni assurde*, radicali e persistenti che, in certe situazioni di rischio e di emergenza, evidenziano un cambiamento di rotta dell'azione rispetto all'obiettivo originario, per motivi legati al mutamento repentino delle circostanze.

L'errore può avere anche degli sviluppi positivi (Morin 1981, 2004) perché obbliga a rimettere in discussione i criteri *standard* e cogenti del protocollo o delle linee-guida che condizionano la condotta stimolando nuove riflessioni proprio sulle condizioni inedite che si sono venute a creare. In questo caso *l'errore* è fecondo.

La matrice dell'*errore* è anche riconducibile alla distanza esistente tra l'*intenzione soggettiva* e il *risultato oggettivo* delle azioni e può essere considerato un *effetto emergente* che, nonostante la sua valenza negativa, genera il mutamento. A tal proposito le considerazioni formulate da Boudon (1984) sull'azione, collocano l'individualismo e il mutamento sociale, nell'ambito delle *conseguenze impreviste* e degli *effetti perversi* dell'azione rispetto all'obiettivo perseguito.

In questa sede ci siamo chiesti se esistono delle *strutture emergenti* in grado di offrirci delle spiegazioni valide, universalmente e scientificamente, in merito all'origine della radice degli *errori* e come esse siano in grado di influenzare i processi decisionali. *L'errore* dipende dalla struttura o dall'individuo? Dagli *effetti esterni* o dalle dinamiche interne di un sistema? Quali strategie portano a evitare l'esito negativo e non voluto delle decisioni assurde? Quali responsabilità assume il decisore in quella particolare situazione e quali sono i risultati della *non comunicazione* o della *non efficace comunicazione* in una situazione di emergenza? L'agente può prevedere con una certa razionalità e precisione gli ef-

fetti emergenti indesiderabili della situazione di emergenza in modo da poter rettificare in tempo la propria condotta?

Una cosa certa è che l'*errore* può avere *cause oggettive* (dovute alla situazione) e *soggettive* (derivanti dalla fallibilità e finitezza dell'uomo) ma la sua gravità dipende dai contesti situazionali e d'interdipendenza nei quali esso evolve. Può ad esempio essere imputabile alle *scelte del decisore* che applica le indicazioni del protocollo in modo sbagliato o non tiene conto o, tiene conto solo marginalmente, di alcune variabili importanti che potrebbero intervenire nel contesto di ruolo in questione e influire sul processo; o dipendere dalla *non comunicazione* oppure da *una cattiva comunicazione* e costituirsi come uno degli *effetti non previsti e non desiderati*.

Tra gli *effetti non previsti* ci sono gli errori frutto delle *decisioni assurde* (Morel 2002, 2012) che si traducono in ormai, radicali e persistenti e, purtroppo, frequenti comportamenti declinati in ambito sanitario, tecnologico, economico e del *management*, politico, del lavoro e anche nella vita quotidiana. Le *decisioni assurde* rappresentano il processo attraverso cui un individuo o un gruppo agisce in modo persistente e radicale, mettendo in atto una serie di condotte contro l'obiettivo al fine di raggiungere obiettivi nuovi e diversi.

Le decisioni assurde (Morel 2002) possono comportare delle *conseguenze errate e indesiderate* dell'azione razionale (Weber 1922, 1923) e possono indurre a veri e propri *effetti catastrofici*, a risultati dell'azione *imprevisti* e pertanto non desiderati (Merton 1936, 1968) ma possono anche avere degli *esiti positivi*. In ambito clinico, ad esempio, la *decisione assurda* è perpetrata dal medico che, durante una situazione di emergenza, decide sotto la sua responsabilità di andare contro i principi delle linee-guida. Di fronte ad un paziente che si trova in condizioni disperate il medico dopo una veloce valutazione delle sue condizioni decide di saltare la fase diagnostica prevista dal protocollo (Tac, risonanza magnetica), che, a suo avviso, gli avrebbe fatto perdere del tempo prezioso, e di andare contro l'obiettivo, applicando un protocollo di cure immediato, deciso rapidamente in base alle informazioni a disposizione e finalizzato a sbloccare la situazione. In quel caso specifico l'attuazione della *decisione as-*

surda si è rivelata positiva è l'azione del medico è andata a buon fine. La scelta delle linee-guida ospedaliere, al contrario, avrebbe imposto al medico una serie di verifiche diagnostiche e tempi lunghi di attesa per il paziente. Il medico sotto la sua responsabilità e in piena autonomia ha deciso di andare contro le linee-guida e di salvare il paziente in base alla sua esperienza del caso e perseverando verso un altro obiettivo, individuato dal decisore in quella circostanza.

La libertà, l'iniziativa e la responsabilità nel processo decisionale, in ambito medico, sono spesso lasciate all'autonomia e alla discrezionalità di interpretazione della situazione sul piano empirico. A volte in un *procedimento conoscitivo* che accompagna il percorso decisionale, che si attiva di fronte ad una situazione sconosciuta, è più semplice intuire *gli effetti* che, al contrario, procedere seguendo le indicazioni delle linee-guida che impongono, con un certa coerenza, la direzione delle azioni da attuare.

L'intuizione a volte non è in grado di stabilire quel legame immediato tra la *formula algoritmica* rappresentata dal processo di analisi corretta dei dati della situazione e il *meccanismo micro-sociologico* delle influenze di variabili disturbanti che possono intervenire durante il percorso delle decisioni. Gli *effetti perversi* o *imprevisti* (Boudon 1979, 1977, 1984) sono una caratteristica strutturale di certi contesti socio-istituzionali e rappresentano le cause degli squilibri del sistema e l'origine del mutamento sociale.

Si tende ad individuare non le cause isolate del mutamento ma i *cambiamenti tipici*, cercando di distinguere tra i *processi endogeni* (determinati da cause interne al sistema sociale) e i *processi esogeni* (determinati da cause esterne). Il mutamento è l'esito di *azioni intenzionali* e *non intenzionali* ma può derivare anche da una miscela di *effetti perversi* dell'azione, generati da un *effetto emergente* che si viene a creare nei *contesti d'interdipendenza*. Per questo motivo al fine di spiegare l'origine e la funzione dell'*errore* è necessario osservare con la mente libera da pregiudizi teorici e di accogliere tutte le variabili disturbanti e impreviste che possono intervenire (Merton 1936, 1968; Antiseri 1990, 2003) nel processo.

Nella lotta contro le decisioni assurde, le regole di affida-

Gli *errori* sono imputabili alle scelte del decisore e non solo alle variabili disturbanti intervenute in una situazione.

Al fine di garantire degli *standard* elevati di *affidabilità del rischio* e far crescere la *qualità dell'affidabilità* nei comportamenti individuati in situazioni di emergenza è chiaro che non si può non coinvolgere il processo decisionale; il quale non deve essere inficiato da fattori o elementi umani (psicologici, stress, errori di valutazione o errata rappresentazione della situazione). In un gran numero di situazioni di rischio, specialmente nelle fasi più critiche, il livello di affidabilità della sicurezza è spesso affidato alla capacità di una corretta analisi o di un'equilibrata rappresentazione del problema da parte degli fattori che entrano in gioco nell'ambito del processo decisionale.

La difficoltà delle scelte decisionali innesca un complesso dibattito sull'introduzione negli ambienti di alto rischio (come ad esempio l'ambito medico-ospedaliero), di nuovi e più accurati meccanismi di valutazione e di controllo delle azioni da attuare, finalizzati alla riduzione delle variabili imprevedute e della mortalità in ambito sanitario.

Il processo di valutazione sarà pertanto costituito da meta-regole di affidabilità dei processi che coinvolgono il trattamento del rischio (*Risk-Management*) e l'attività decisionale; che si tradurranno in codici e leggi sempre più costrittive e restrittive, in merito a delle *prescrizioni cognitive* che condizioneranno le condotte finalizzate al contenimento non solo delle variabili disturbanti, ma anche degli elementi impreveduti derivanti dal fattore umano che potrebbero influire sugli *esiti positivi* del processo decisionale. Il sistema di valutazione in ambito sanitario avrà l'obiettivo di promuovere non delle politiche punitive ma di stimolare delle decisioni affidabili che possano essere applicate a qualsiasi attività.

Il trattamento del rischio (*Risk-Management*) in Sanità si sta definendo sempre più come una delle attività programmatiche strutturali del (SSN) Sistema Sanitario Nazionale. Inizialmente è nato come una sorta di risposta a esigenze di tipo economico-sanitario, causato dal crescente livello di contenziosità medico-legale e, quindi, della richiesta di indennizzi per danni reali o presunti. Il trattamento del rischio

bilità non rientrano nell'ambito teorico, sono spesso il risultato di meccanismi di azione basati su esperienze empiriche. Il modello dei *meccanismi di affidabilità* in genere è basato su leggi e norme da seguire, di evidente efficacia, a condizione che esse vengano eseguite con precisione e determinazione.

È chiaro che molti dei sistemi decisionali comportano l'assunzione, in base all'esperienza, di atteggiamenti cognitivi basati sull'intuizione (Morel, 2002), lontani dai principi scientifici del paradigma di affidabilità, che rientrano proprio nell'ambito delle scelte individuali e soggettive, assunte dal decisore in una situazione specifica. Tali scelte a volte conducono verso *esiti perversi o non previsti* dell'azione, a risultati negativi, a volte, invece, a delle conseguenze nuove e inaspettate e, anche, inimmaginabili rispetto le aspettative; a conferma delle ipotesi del paradigma della *Serendipity* (Merton 1936, 1968; Merton e Fallocco 2004).

Una situazione di rischio o di emergenza può determinare il cambiamento di rotta dell'azione che induce a ignorare del tutto le regole imposte dal protocollo e ad abbandonarle per condividere nuovi percorsi evolutivi nell'ambito delle decisioni assurde, che non è detto che abbiano degli esiti necessariamente negativi.

Le *équipe* mediche ad esempio sono obbligate a seguire le regole del protocollo. Ma a differenza dei piloti, tuttavia, i medici hanno un più elevato margine di discrezionalità nell'attuazione empirica dei principi nel lavoro d'*équipe*. I medici hanno la possibilità, in base ai fattori di rischio della situazione generale e alle condizioni fisiche o psicologiche del paziente e, in funzione dei mezzi e degli strumenti a disposizione, di operare dei cambiamenti di rotta mettendo in atto le decisioni assurde.

Gli ambiti socio-istituzionali in cui un processo decisionale (Newnan 1991) può essere messo in discussione, anche se per norma deve seguire una rigida *check-list* (un rigoroso sistema di regole altrettanto cogente) sono tanti e comportano il tenere in considerazione sia le *variabili situazionali* sia quelle legate all'elemento umano. In molte situazioni rischiose è prioritario il procedimento di affidabilità del processo decisionale per affrontare al meglio l'imprevedibilità.

clinico si è arricchito sempre più di valenze deontologiche, entrando a far parte degli interventi per il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie.

La gestione del rischio clinico può essere progettata a tutti i livelli di decisione e di intervento sanitario. A livello centrale (ministeriale o regionale) costituirà uno strumento forte per l'autorevolezza e il peso territoriale degli interventi, a livello periferico (aziendale o di singole strutture operative) sarà uno strumento efficace, grazie al diretto coinvolgimento e alla motivazione degli operatori, e costituirà un supporto strategico agli interventi finalizzati al *controllo del rischio clinico*, che comporta la promozione di numerose attività di formazione degli operatori medico-ospedalieri e non si limiterà soltanto ad individuare e discutere le risposte sul perché gestire la sicurezza degli interventi sanitari, ma soddisfare la domanda del come gestire gli stessi. Gestire i rischi e agire per ridurre le probabilità di errori in questo specifico ambito socio-istituzionale, dal punto di vista assicurativo significa anche ridurre i sinistri intesi come richieste di risarcimento del danno.

Lungi da offrire delle soluzioni in questa sede alla complessa e delicata questione della *previsione degli errori* e del trattamento del rischio nelle situazioni di emergenza il presente lavoro si è posto come obiettivo quello di stimolare delle riflessioni sul delicato tema in questione, al fine di formulare nuove prospettive di lettura in merito agli *effetti imprevisti e perversi* nell'ambito delle decisioni. Facendo riferimento alla letteratura sociologica sull'argomento individuato e avvalendomi delle teorie sociologiche di Max Weber, Robert K. Merton, Raymond Boudon e Christian Morel, Dario Antiseri, Edgar Morin (i quali hanno sviscerato le questioni dell'agire razionale e degli *esiti imprevisti o perversi*) il lavoro è partito dall'analisi del rapporto tra l'agire razionale dotato di senso e le *conseguenze errate dell'azione*; effettuando uno scavo teorico su un particolare contesto socio-istituzionale come quello Sanitario. Sono state prese in considerazione le linee-guida in ambito medico-ospedaliero, al fine di verificare se gli eventuali errori siano riconducibili all'*effetto emergente* del sistema *d'interdipendenza* nell'ambito decisionale o essere, più fortemente correlati, agli

individui che costruiscono, in funzione di esse, le condotte da mettere in atto in situazioni di emergenza che, in alcune circostanze, producono degli esiti imprevisi, inattesi e non coerenti rispetto agli obiettivi delle linee-guida.

Il complesso percorso decisionale che porta all'*errore* radicale e persistente può essere dovuto ai meccanismi di pensiero cognitivo che si attivano che portano l'individuo a favorire alcuni dati informativi e a trascurarne altri. Alla base delle decisioni ci sono dei processi intellettuali complessi che stanno all'origine di ognuno dei casi considerati in questa sede. Il percorso intrapreso dalle decisioni tenderà di dare delle risposte a volte utilizzando dei percorsi chiari ed evidenti e a volte utilizzando delle strategie cognitive basate sull'intuizione o sull'esperienza per offrire delle risposte che siano in linea con gli obiettivi delle linee-guida, anche a discapito della sicurezza.

Arrivata a questo punto del lavoro, desidero esprimere un sentito ringraziamento per i preziosissimi suggerimenti del Prof. Giacomo Mulè, al quale ho sottoposto il mio primo progetto di studio sul tema degli *errori* in ambito decisionale. Voglio inoltre ringraziare il prof. Andrea Millefiorni, collega e amico, con il quale mi sono intrattenuta spesso a discutere sul percorso scientifico adottato in questo lavoro. Desidero, infine, ringraziare i numerosi colleghi con i quali mi sono confrontata su un tema che, indubbiamente, costituisce tuttora un vastissimo ambito di discussione e di confronto interdisciplinare.