

INTRODUZIONE. RISCHIO, MINACCIA ED ERRORI IN SANITÀ: UN NUOVO CAMPO DI RICERCA

di Tatiana Pipan

1. IL RISCHIO NELLE SCIENZE SOCIALI _____	9
2. UN NUOVO CAMPO DI RICERCA _____	12
3. SUL LIBRO _____	14

1. LA COSTRUZIONE SOCIALE DEGLI OGGETTI DI RISCHIO IN SANITÀ

di Tatiana Pipan e Carlo Caprari

1. IL RISCHIO CLINICO NELLA SOCIETÀ ASSICURANTE _____	21
2. LE SCIENZE ORGANIZZATIVE E L'ANALISI DEL RISCHIO _____	25
3. GLI OSPEDALI COME ORGANIZZAZIONI AD ALTO RISCHIO _____	27
4. DAGLI ERRORI MEDICI AGLI OGGETTI DI RISCHIO _____	30
5. FRONTEGGIARE I RISCHI MODIFICA LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE _____	35
6. SI STABILIZZA IL CONTROLLO MANAGERIALE _____	38
CONCLUSIONI _____	40

2. FRONTEGGIARE I RISCHI IN SALA OPERATORIA. LE ÉQUIPE SI RACCONTANO

di Carlo Caprari

1. L'INDAGINE INIZIA CON UNA STORIA DI CRONACA... _____	43
2. ERRORI MEDICI E <i>RISK MANAGEMENT</i> _____	44
3. L'ETNOGRAFIA IN SALA OPERATORIA _____	46
3.1. <i>Storie per comprendere l'organizzazione chirurgica</i> _____	48
4. LE PRATICHE CHIRURGICHE NELLO SPAZIO DI LAVORO _____	51
5. DALLA CRONACA AI RACCONTI DAL CAMPO _____	54
5.1. <i>La rete di azioni si destabilizza</i> _____	59
6. PER CONTRASTARE GLI ERRORI SI AVVIA UN PERCORSO IMITATIVO _____	60
6.1. <i>Si cambia inquadratura</i> _____	62
6.2. <i>Si alleano nuove regole organizzative</i> _____	63
7. IL REGOLAMENTO NON MODIFICA LE PRATICHE DI LAVORO _____	65
7.1. <i>Sensemaking nell'emergenza</i> _____	68
7.2. <i>Normalizzare i rischi</i> _____	69
8. NUOVE TECNOLOGIE PER PREVENIRE GLI ERRORI _____	71
8.1. <i>La check list</i> _____	73

8.2. Controllare i rischi è un rituale? _____	74
CONCLUSIONI _____	77

3. “ANCH’IO SE DOVESSI INFILARMI UN AGO NELLA PANCIA SAREI PREOCCUPATO”. LA DIMENSIONE SIMBOLICA DEL RISCHIO SANITARIO TRA PRATICHE RITUALI E VALUTAZIONE SCIENTIFICA

di Mauro Turrini

1. INTRODUZIONE: IL RISCHIO IN MEDICINA TRA CALCOLO E RITUALE _____	81
2. LA PROLIFERAZIONE DEL RISCHIO NELLA GENETICIZZAZIONE DELLA GRAVIDANZA _____	83
3. RITUALI DEL RISCHIO: UNO SGUARDO ETNOGRAFICO SUL PRELIEVO CHIRURGICO DI MATERIALE FETALE _____	87
4. IL RUOLO DELL’ABILITÀ DELL’OPERATORE E DELLA PRECISIONE DELL’ECOGRAFO _____	97
5. IL DIBATTITO SULLA VALUTAZIONE SCIENTIFICA DEL RISCHIO _____	100
6. LA POLITICA DEL RISCHIO SIMBOLICO _____	105
CONCLUSIONI _____	106

4. PRATICHE DI CODIFICA E CATENE DI TRADUZIONE DELLE PRESUNTE MALPRACTICE IN SANITÀ. UNA RICERCA ETNOGRAFICA AL TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO

di Barbara Pentimalli

INTRODUZIONE _____	109
1. TRADUZIONE, TRASCRIZIONE E CODIFICA DEI RACCONTI DEI CITTADINI SU PRESUNTE MALPRACTICE _____	112
1.1. <i>Alternare lavoro emotivo e investigativo: i consulenti front-office</i> _____	113
1.2. <i>Narrazione e categorizzazione degli eventi avversi</i> _____	117
2. TRASFORMARE LA STORIA DEL CITTADINO IN PRATICA DA STUDIARE _____	121
2.1. <i>Viaggio dei faldoni di prove documentali</i> _____	122
2.2. <i>Ordinare e codificare le prove documentali</i> _____	122
2.3. <i>Evidenziare le (in)congruenze degli artefatti narrativi</i> _____	124
3. LA PRESUNTA MALPRACTICE TRADOTTA IN ERRORE ACCERTATO _____	127
3.1. <i>Alla ricerca di prove cliniche, negligenze, nessi causali e responsabilità</i> _____	128
3.2. <i>Individuare i danni risarcibili, le vittime e i diritti lesi</i> _____	131
3.3. <i>Il parere medico legale: positivo, negativo o dubbio</i> _____	137
4. DALLE STORIE DEI CITTADINI ALLE CAMPAGNE E AI REPORT STATISTICI _____	141

4.1. Campagne per la qualità e la sicurezza in sanità _____	141
4.2. Report statistici sulle malpractice in sanità _____	144
CONCLUSIONI _____	145

5. IL CONTAGIO DELLA PAURA. L'ATTESA DELLA PANDEMIA AVIARIA

di Tatiana Pipan e Virginia Romano

INTRODUZIONE _____	149
1. L'AVIARIA NELL'IMMAGINARIO COLLETTIVO E NEI MEDIA _____	152
2. MOVIMENTO, RISCHIO, INFEZIONE E MINACCIA _____	155
2.1. <i>La geografia del contagio</i> _____	156
2.2. <i>Controversie irrisolte e psicosi.</i> _____	159
2.3. <i>La minaccia come opportunità</i> _____	161
2.4. <i>Organizzare la sorveglianza</i> _____	167
3. LE STRATEGIE DEL CITTADINO SPETTATORE _____	171
CONCLUSIONI _____	174

6. LA SARS: COSTRUIRE E GESTIRE UNA MINACCIA SANITARIA NEL DISCORSO PUBBLICO

di Maria Grazia Galantino

1. LA COSTRUZIONE SOCIALE DELLA SICUREZZA SANITARIA _____	179
2. COSTRUIRE LA MINACCIA: METAFORE E <i>FRAME</i> DELL'ALLARME _____	184
3. AFFRONTARE LA MINACCIA: METAFORE E ATTORI DELLA <i>GOVERNANCE</i> _____	189
4. COMUNICARE L'EMERGENZA È GESTIRE L'EMERGENZA? _____	197
5. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE _____	199

7. LA NATURA CULTURALE DEL RISCHIO: PUÒ ESISTERE UN'ANTROPOLOGIA DELL'INCERTEZZA?

di Åsa Boholm

INTRODUZIONE _____	203
1. L'ENIGMA DEL RISCHIO E DELLA CULTURA _____	206
2. RISCHI COME TABOO? _____	208
3. FRONTEGGIARE L'INCERTEZZA _____	212
4. LE MODALITÀ CONOSCITIVE E LA LORO MEDIAZIONE _____	218
5. IL RISCHIO SITUATO. METTERE IL RISCHIO IN UN CONTESTO _____	220

8. COME STUDIARE LA GESTIONE DEI RISCHI IN SANITÀ

di Barbara Czarniawska

INTRODUZIONE	223
1. ANCORA PRIMA DEL RISCHIO: MAPPE COGNITIVE	223
2. INTERVISTE E DOCUMENTI	226
3. OSSERVAZIONE DIRETTA	227
4. SEGUIRE COME UN'OMBRA	230
5. SEGUIRE I NON-UMANI	232
6. L'ALTRA FACCIA DEL RISCHIO: I PAZIENTI E GLI APPROCCI NARRATIVI	234
7. TRE VOLTE L'AVIARIA	235
8. IN FINE	238

9. IL RUOLO DEI MASTER NELLA FORMAZIONE MANAGERIALE IN SANITÀ

di Tatiana Pipan

INTRODUZIONE	241
1. IL CONTESTO DELL'AZIONE FORMATIVA IN SANITÀ	245
2. IL MASTER MIAS: APPRENDIMENTO E CAMBIAMENTO	247
3. LA FORMAZIONE TRA SCELTA INDIVIDUALE E <i>COMMITMENT</i> AZIENDALE	251
4. LA COSTRUZIONE DEL CURRICULUM FORMATIVO	252
5. CONSIDERAZIONI SUGLI ESITI	256
5.1. <i>Effetti attesi: il professionista attiva il proprio ambiente</i>	258
5.2. <i>Effetti attesi: negoziare significati</i>	260
5.3. <i>Effetti inattesi in ambiti lavorativi 'bloccati'</i>	261
CONCLUSIONI	263

BIBLIOGRAFIA	267
---------------------	------------

Introduzione. Rischio, minaccia ed errori in sanità: un nuovo campo di ricerca.

di Tatiana Pipan

1. Il rischio nelle scienze sociali

Nella stampa quotidiana il termine rischio è usato ampiamente così come nelle riviste mediche ed epidemiologiche. Secondo molti studiosi il termine rischio è usato come parola chiave della modernità e come sinonimo di panico e di paura costante ma contenuta che satura l'esperienza. Ma non più simbolo del mondo, perché assumersi rischi è visto solo come aspetto negativo della modernità (Lupton, 1999).

Anche le scienze sociali si occupano di rischi e a partire dagli anni Ottanta si consolida una sociologia dei rischi, seguita da un'antropologia dei rischi e da una psicologia dei rischi. Tra i sociologi il più conosciuto è Ulrich Beck, il sociologo tedesco, che negli ultimi decenni del Novecento affermò che i rischi si sono globalizzati e i loro effetti sono meno facilmente identificabili di prima, con ciò sono più difficilmente gestibili e più inquietanti (1986). La sua società del rischio incorpora diversi elementi: la perdita di certezza nel progresso, nella scienza e negli esperti (*uncertainties*), le insicurezze insite nello stato sociale (*insecurities*), e le minacce sulla salute e sulla sicurezza della vita (*lack of safety*). Il termine rischio assume allora un significato semantico diverso rispetto al passato. Il rischio è inteso da Beck come una minaccia possibile nel futuro non ancora reale.

Per Anthony Giddens (1999) i rischi non sono aumentati – sono semplicemente ritenuti più minacciosi e pervasivi in relazione alla trasformazione della soggettività. Tale rischio è tipico di una società orientata al futuro che rompe con le tradizioni. Essere orientati al futuro significa aspirare a determinare il corso delle proprie azioni da un lato e dall'altro essere consapevoli che è impossibile controllare il futuro e ciò genera insicurezza. I ri-

schi sono di due tipi, esterni prodotti dalla natura (epidemie, carestie, inondazioni ecc.) e costruiti dall'uomo (attraverso la scienza e l'economia). Sicurezza/pericolo e fiducia/rischio sono i concetti fondamentali della sua analisi della modernità. Per sviluppare la riflessività necessaria per gestire i rischi si deve avere fiducia e affidarsi ai saperi esperti, presupponendo che i profani confidino in essi. Per Beck la riflessività consiste invece nella critica dei sistemi esperti e si esprime attraverso la sfiducia come nel caso degli esperti in pericoli ambientali.

Secondo Niklas Luhmann (1991) il rischio è connesso alle conseguenze inattese e indesiderate delle decisioni (individuali e organizzative) che sono state prese nel passato o di recente. Di conseguenza il futuro può essere sempre più descritto con il concetto di rischio immaginato in termini di probabilità. Luhmann dedica molta attenzione – come Beck – ai rischi prodotti dalle tecnologie e dalla scienza, ma s'interessa anche del sistema politico. Per lui è importante la distinzione tra rischio e minaccia che esemplifica così: ciò che era chiamato minaccia (terremoto) ora potrebbe essere chiamato rischio (la scelta umana di risiedere nelle aree sismiche). La differenza tra minaccia e rischio, afferma in seguito, sta in quel che sembra controllabile e calcolabile, in contrasto con ciò che colpisce le persone come incidente esterno. Così come più e più eventi possono essere calcolati con l'aiuto della scienza, i rischi aumentano. La minaccia è in questo caso sinonimo di pericolo.

Sia Luhmann sia Beck fanno riferimento alle incertezze a proposito dei danni futuri – con una distinzione. Se sono conseguenze di decisioni (localizzare un impianto industriale, una diga, una centrale nucleare) si tratta di rischio, se sono dovute a fattori esterni (la natura) di pericolo.

Queste diverse definizioni del rischio da parte degli scienziati sociali conducono all'idea che i rischi si sviluppano in settori diversi come conseguenze della modernità. Il rischio ha a che fare con qualcosa d'inaspettato e di minaccioso, un concetto che stride con l'ideale illuministico di una modernità costruita, razionalmente, attraverso i dettami della ragione scientifica. Seguendo tale accezione la scienza moderna avrebbe dovuto garantire una società superiore alle precedenti grazie al raggiungimento di uno stato di benessere generalizzato. Eppure lo stesso processo di razionalizzazione scientifica ha comportato un'estensione globale, senza precedenti, delle situazioni di pericolo e incertezza. Nel contesto delle organizzazioni, questo significava cambiamenti nel lavoro e nelle organizzazioni stesse con un incremento della produttività che al contempo avrebbe potuto indurre anche cambiamenti nelle situazioni di rischio. Per queste ragioni le società contemporanee prestano molta attenzione alla produzione, al controllo e al

management del rischio (Power, 2004).

Non c'è dubbio che la scienza e l'innovazione tecnologica abbiano creato nuove situazioni di rischio contribuendo all'emergenza della società del rischio. Non sono i singoli individui gli attori centrali per la gestione dei rischi (Hutter e Power, 2005). Sono le organizzazioni che da un lato gestiscono i rischi e dall'altro sono esse stesse i potenziali produttori e disseminatori di rischi. Abbiamo molti esempi in Italia e nel mondo di catastrofi e incidenti percepiti come organizzati (Vajont, Bophal).

Alla luce del quadro teorico finora delineato è evidente che le questioni della gestione dei rischi prendono senso quando ci si accosta a situazioni concrete che per la loro novità sul piano dell'azione pubblica e sociale, meritano una particolare attenzione in termini di ricerca. I rischi che selezioniamo assumono uno statuto ontologico importante per l'interpretazione di noi stessi, gli altri, le organizzazioni, le istituzioni, i governi e il mondo sociale e materiale circostante. Come la società seleziona i rischi e li gestisce sono attività centrali per l'ordine sociale e l'identità sia degli individui sia delle culture (Lupton 1999, Boholm 2003).

Riflessività, discorso e pratiche sono le nozioni della letteratura sociologica che sono state utilizzate ai fini di questo lavoro. Riflessività intesa come capacità di rispondere alle circostanze che suscitano paura o ansia in modo attivo, e non passivo e che sviluppa un continuo monitoraggio del comportamento e dei contesti (istituzionali) e degli esperti che le singole istituzioni utilizzano.

Per discorso s'intende un insieme interconnesso di conoscenze e di pratiche o meglio una rete eterogenea di attori, istituzioni, saperi, oggetti e pratiche che coinvolge una varietà di professionisti che si occupano di rischio. Il management del rischio è qui studiato come la costruzione e la ricostruzione di azioni collettive connesse l'una all'altra perché sono percepite dentro ad un ordine istituzionale, come necessarie l'una all'altra. Non sono messe in pratica solo dentro le organizzazioni formali, coinvolgono molte altre organizzazioni debolmente e temporaneamente connesse. Il concetto di *action net* come teoria e come metodo è utile per studiare le pratiche piuttosto che solo i soggetti, le strutture e le organizzazioni che le attivano (Czarniawska, 2009). Così, ad esempio, diventa interessante studiare le pratiche di risk management connesse con i ruoli dei risk management e delle organizzazioni interessate dal fenomeno, all'interno di un network virtualmente esteso.

2. Un nuovo campo di ricerca

Il tema del libro s'inscrive nel dibattito sviluppatosi nelle scienze sociali alla fine degli anni Ottanta a seguito della pubblicazione del libro di Beck *La società del rischio* e di quello di Mary Douglas e Wildawski intitolato *Risk and Culture*. I rischi ambientali sono diventati oggetto di studio della sociologia così come lo sono i rischi sociali (Castel, 2003). Meno studiati, ma da tempo molto dibattuti sui media – i rischi in sanità – rappresentano un campo di analisi di sicuro interesse per la sociologia dell'organizzazione e per la sociologia della salute che vengono così ad interessarsi di un fenomeno che assume visibilità crescente a partire dalla fine degli anni Settanta. Gli scienziati sociali si sono impegnati poco nell'analisi della struttura concettuale delle definizioni sociali del rischio che per la sua comprensione richiede, per dirlo con Hilgartner (1992), una prospettiva basata sull'analisi del network, un'attenzione alla costruzione sociale degli oggetti di rischio, quali oggetti destinati a porre rischio e danno putativo in un collegamento che dichiara una qualche forma di causazione tra l'oggetto e il danno.

Il rischio in sanità riguarda sia l'operato dei medici sia i pazienti sottoposti all'errore medico, ineluttabilmente insito nella professione medica. Il rischio ha una dimensione soggettiva ma viene tradotto in errore con il concorso di saperi statistici ed epidemiologici che costruiscono la base delle classificazioni degli errori medici che sollevano non poche controversie tra le organizzazioni che li producono e in particolare le assicurazioni e il tribunale per i diritti del malato. I media hanno avuto un ruolo decisivo nella costruzione dell'immagine della sanità come malasanià (un'errata traduzione delle *malpractice* anglosassoni) tuttavia hanno rappresentato – anche se drammatizzando – un elemento di accelerazione di pratiche di miglioramento delle istituzioni che hanno registrato al loro interno incidenti gravi per la salute del paziente. Recentemente lo stesso Ministero della salute ha dato un posto di rilievo al tema nella sua agenda con più decisione attraverso la costruzione discorsiva di un nuovo sistema culturale per ridurre l'ansia dovuta all'incertezza nella quale si trovano immersi gli operatori sanitari e i pazienti stessi. La normalizzazione dei rischi e la definizione del livello di accettabilità collettiva del rischio per il paziente costituiscono gli obiettivi attorno cui il ministero orienta le sue attività. L'intento è di trasformare eventi devianti e pericolosi in 'imprevisti di routine'.

Gli ospedali diventati ormai organizzazioni rischiose, sollecitati dalle assicurazioni istituiscono una nuova funzione aziendale, il risk management, imitando le scelte delle aziende ospedaliere statunitensi. Il management tuttavia non è da intendersi soltanto come una raccolta di tec-

niche di analisi dei rischi in quanto incorpora valori, significati, ideali e riformula i concetti di responsabilità e qualità. Nuove competenze professionali – i risk manager – da un lato ed esperti e *professional* salgono alla ribalta e propongono nuovi modelli alternativi di organizzare per ri-orientare i sistemi culturali e di valore – in generale nella PA – e così anche nella sanità sottoposta a causa degli errori medici ad una crisi reputazionale. Tre sono gli aspetti principali del discorso sul rischio seguendo Michael Power (2004): la comprensione del sistema di significati che ruotano intorno al concetto di “controllo dei processi produttivi”; l’invenzione di categorie di classificazione che traducono il concetto di rischio ambiguo in variabili operative che lo identificano e ne permettono il calcolo, lo sviluppo di categorie di rischio di reputazione e di rischio etico che hanno trasformato l’agenda delle responsabilità sociali.

È lo Stato attraverso le istituzioni e le agenzie che pone all’attenzione pubblica certi rischi piuttosto che altri attraverso le politiche sulla salute e sulla sanità, sul benessere collettivo (*welfare*), sulla sicurezza, sull’ambiente. Tutti i rischi processati dalle istituzioni devono tener conto innanzitutto delle richieste dell’opinione pubblica per far fronte alle esigenze del controllo e della comunicazione verso la cittadinanza, a testimonianza dell’importanza che le istituzioni attribuiscono alla crisi di rischio di reputazione dello stato, all’immagine dei suoi organi e al grado di fiducia dei cittadini.

Il risk management è in definitiva secondo Power una specificazione del *new public management* (Npm), dove i discorsi sul rischio si collocano dentro la retorica del miglioramento della qualità dei servizi pubblici in assenza di un vero mercato. In particolare in Gran Bretagna. Il *clinical risk management* è diventato uno strumento gestionale promosso dall’organizzazione sanitaria pubblica nel suo complesso (Appignanesi, 2003) piuttosto che una materia esclusiva delle discipline mediche e diventa il framework organizzativo della *clinical governance* inglese tutta. In Italia il processo d’istituzionalizzazione non è ancora compiuto nonostante l’incertezza contemporanea (Beck, 1986). Infatti, a oggi soltanto 90 di oltre 300 sono le aziende che lo adottano. È innegabile che i rischi e il loro trattamento in sanità rappresentino un’opportunità di apprendimento e di sperimentazione di nuovi percorsi manageriali al di fuori del paradigma burocratico/amministrativo fondato su regole e procedure prestabilite, per sviluppare una logica alternativa di gestione intelligente del rischio senza sforzarsi di calcolare e predire il futuro. Ben sapendo che l’organizzazione a zero errori non esiste sarebbe opportuno considerare il rischio come un’opportunità per l’innovazione.

3. Sul libro

Il libro si pone due semplici domande. Da un lato ci s'interroga sulla gestione e la prevenzione dei rischi da parte delle organizzazioni sanitarie che vi fanno fronte quotidianamente con due indagini in particolare. La prima in ambito ospedaliero, definita dai sociologi come un'organizzazione ad alto rischio e la seconda in un laboratorio di citogenetica per la diagnosi prenatale dove il rischio, al contrario, appare su valori contenuti, ma cionondimeno oggetto di riflessioni – in questo caso – da parte degli scienziati per l'ambiguità che presenta. Allineare materiali eterogenei quali formazione, risk management, un nuovo linguaggio, nuovi artefatti, ricerca biomedica e tecnologie ausiliarie sono le strategie per controllare gli errori medici. Questi "alleati" come li chiamano i sociologi della scienza e della tecnologia diventano prodotti più o meno durevoli nella strategia del network di cui fanno parte. Dall'altro lato ci si interroga sulle possibilità di difesa dei cittadini che scelgono di denunciare direttamente i medici all'autorità giudiziaria oppure di rivolgersi agli operatori (medici legali, avvocati) del tribunale per i diritti del malato.

Un altro genere di rischio è il rischio pandemie analizzato nel libro attraverso la rappresentazione che ne danno i media che creano allarme piuttosto che conoscenza. Costruendo la pandemia come minaccia, inscenando lo spettacolo della paura si alimentano strategie comportamentali dei cittadini che generano lo stato di panico, e che ostacolano il network internazionale impegnato nella gestione e nel controllo delle crisi pandemiche.

Nel primo capitolo del libro Tatiana Pipan e Carlo Caprari si interrogano sui saperi che hanno contribuito a tradurre gli errori medici in oggetti di rischio, processo che si sviluppa negli Usa a partire dagli anni Novanta. È nella crisi della logica assicurativa e al contempo nell'aumento del contenzioso tra medici e pazienti che gli autori inscrivono la nascita del risk management quale nuova moda organizzativa per la gestione degli errori. Gli errori vengono tradotti attraverso attività di classificazione in categorie del rischio clinico, per diventare oggetti sottoposti alle tecniche manageriali. Tradurre gli errori in rischio clinico richiede l'iscrizione dello stesso in oggetti (protocolli, linee guida, *check list*, cartelle cliniche, osservatori), teorie, pratiche e intermediari.

A partire dagli anni Settanta si è sviluppata – a livello internazionale – prevalentemente una logica giudiziaria sul tema e il vertiginoso incremento delle denunce dei pazienti ha prodotto un effetto perverso quale quello della medicina difensiva da parte dei medici che ormai temono le reazioni dei pazienti. Il maggior numero di errori si sviluppa però nelle sale chirurgiche,

dove è stata condotta da Carlo Caprari un'indagine etnografica per cercare di ricostruire la storia dell'errore medico ed esaminare le strategie organizzative che la direzione sanitaria ha prodotto per tentare di imbrigliare altri evitabili e inevitabili errori. Normalizzare i rischi è compito della direzione sanitaria che idea nuove strategie per controllare gli errori medici. Le équipe tuttavia – afferma Caprari nel secondo capitolo – non sono tanto in grado di eludere i rischi per i pazienti quanto piuttosto di determinare il livello di accettabilità affinché gli interventi possano procedere senza incidenti per abbassare l'incertezza. Si normalizzano perciò i rischi discorsivamente e si incorporano nella routine gran parte degli eventi devianti e pericolosi che invece di etichettarli come tali sono piuttosto considerati “imprevisti quotidiani” o “quasi incidenti”.

L'ambito ospedaliero e in particolare quello delle sale chirurgiche è per definizione uno dei luoghi a più alto rischio di errore medico, in apparente contrasto con l'attività medica in sede di diagnosi prenatale sulla quale Mauro Turrini conduce la sua indagine con sguardo etnografico. Pratica che – per quanto invasiva – presenta statisticamente tassi di rischio molto contenuti da quando l'amniocentesi è diventata pratica di routine. Ciò non toglie che la proliferazione del rischio alimenti controversie scientifiche e che nel dibattito sulla valutazione scientifica del rischio attualmente prevalga l'idea che l'ambivalenza con la quale i rischi si presentano richiede anche una legittimazione della valutazione locale dando rilievo sia ai dati statistici sia al talento dell'operatore e la qualità della strumentazione come appare evidente anche dall'indagine effettuata. L'autore mette in luce in particolare il rituale insito nella esecuzione della pratica medica della biopsia coriale. Dove la ritualità è intesa sia come normatività della sequenza delle azioni sia come rigida attribuzione dei ruoli alle persone e agli oggetti presenti, a testimonianza di una distanza della pratica dalla cultura scientifica di riferimento. Per sottolineare in definitiva la natura ambivalente del rituale del rischio dovuta tanto all'expertise della pratica medica quanto all'uso della strumentazione tecnologica.

Sono in particolare due organizzazioni – assicurazioni e tribunale per i diritti del malato – che elaborano sistemi di classificazione degli errori a fronte dell'incremento delle denunce da parte dei pazienti. Nel libro si indaga soltanto sul tribunale che si propone da un lato l'obiettivo di rendere il cittadino più consapevole dei propri diritti e dall'altro di rompere la logica dominante fondata sulla colpevolizzazione dei medici che ha prodotto la medicina difensiva come strategia adottata da parte dei professionisti per coprirsi le spalle contro le possibili richieste di risarcimento dei pazienti con un “eccesso di zelo”. O al contrario evitando la presa in carico dei casi

di medicina più difficili e complessi (medicina difensiva negativa). Le assicurazioni sono dentro una logica assicurativa e di profitto che si è radicalmente capovolta – da guadagno in perdita – in un circolo vizioso di denunce sempre più elevato, dove i giudici riconoscono risarcimenti sempre più numerosi ed elevati (secondo l’Ania, nel 2008, si passa dal 10 al 59%) e pertanto si rifiutano di pagare i premi assicurativi ormai troppo onerosi per le aziende e per i medici stessi. Entrambe queste organizzazioni traducono l’errore medico in categorie attraverso una catena di pratiche di classificazione la cui genesi è invisibile.

In particolare Barbara Pentimalli si interroga nel suo lavoro etnografico contenuto nel quarto capitolo su come e da chi sono costruite le fonti sulle quali vengono poi attuate politiche di *governance* a livello regionale e nazionale. Come si difendono i cittadini? Denunciando direttamente i medici o contattando direttamente il servizio per la difesa dei pazienti attivato dal tribunale per i diritti del malato che raccoglie le segnalazioni dei cittadini e le traduce, quando possibile, in casi di errore medico trattabili in sede giudiziaria. Ciò richiede agli operatori, agli esperti e alla responsabile una ritestitura complessa tra le storie raccontate dal paziente e la storia contenuta nella cartella clinica stessa per ricostruire le connessioni, i nessi causali che portano infine gli esperti (medici legati e avvocati) a tradurre il “presunto errore” in “errore effettivo” o “evento casuale”, e avviare così la pratica giudiziaria nonché iscrivere il dato nel report stilato dal tribunale. Al tempo stesso il tribunale elabora strategie diverse per contrastare il fenomeno dell’errore, alleandosi non solo con i cittadini ma – a seconda del caso – anche con le assicurazioni e le organizzazioni sanitarie (Caprari, 2008).

Nel libro s’individua un altro genere di rischio, il rischio pandemie al quale i cittadini sono soggetti ciclicamente e, nello specifico, vengono trattate l’aviaria da Tatiana Pipan e da Virginia Romano nel capitolo quinto e la Sars nel capitolo sesto da Maria Grazia Galantino. Nel caso dell’aviaria si utilizzano le narrazioni dei media per ricostruire l’evento dall’interno delle sue differenti costruzioni sociali. Alcune hanno trovato legittimazione, altre si sono dissolte. L’aviaria è stata descritta attraverso le traduzioni operate dai media, dagli esperti, delle case farmaceutiche e dal governo all’interno di incertezze scientifiche e ambiguità relative alla produzione del vaccino nonché nell’ambito delle inerzie strategiche governative che poggiavano su argomentazioni, giustificazioni e razionalizzazioni susseguitesi nel corso della durata dell’evento. In Italia, la scelta di non consumare la carne di pollo è stato l’unico effetto reale della paventata pandemia come scelta dei cittadini di fronte alla costruzione del pericolo e della minaccia.

Galantino ha svolto un’indagine analoga sulla Sars, una precedente e-

mergenza pandemica condotta attraverso l'analisi della stampa quotidiana nazionale e due edizioni del GR1. Una minaccia per la salute dei cittadini diventa un rischio reale solo quando è messa in scena mediaticamente e quando diventa oggetto di un discorso pubblico che ne esplicita le conseguenze in termini di sicurezza. Etichettare un problema come questione di sicurezza conduce al diritto di affrontarla con misure di emergenza. I media contribuiscono con le loro rappresentazioni a costruire interpretazioni della malattia e sottraggono quindi la conoscenza sul rischio al monopolio del sapere esperto – scientifico e politico – per diventare conoscenza pubblica. Galantino individua nella stampa metafore prevalentemente belliche che costruiscono il frame dell'allarme e che coesistono con il frame del controllo, fondato sull'uso di metafore più tranquillizzanti, per contenere il panico generato dai media stessi. Rispetto all'aviazione, l'allerta relativa alla Sars è stata più circoscritta nel tempo e la gestione dell'evento da parte della rete delle istituzioni pubbliche è riuscita, di conseguenza, a essere più efficace nel rassicurare i cittadini.

Seguono, due saggi metodologici sullo studio dei rischi. Nel suo saggio l'antropologa Åsa Boholm suggerisce al lettore di studiare il rischio nel suo contesto evitando le semplificazioni della razionalità economica o dei modelli psicologici. Ciò che è o non è considerato rischio dipende, afferma l'autrice, largamente dalle relazioni sociali, dalle relazioni di potere e gerarchia, dalle credenze culturali, dalla fiducia nelle istituzioni, dai discorsi e dalle pratiche. Ma i rischi per essere percepiti e gestiti devono essere identificati e comunicati. Alcuni rischi sono noti in quanto 'vicini all'esperienza'. Altri sono remoti, patrimonio soltanto del linguaggio degli esperti, ovvero 'lontani dall'esperienza'. Questi ultimi sono comunicati attraverso i media globali (l'aviazione e la Sars del libro rappresentano due esempi eclatanti). Boholm attribuisce importanza alle modalità conoscitive sulle quali le esperienze individuali e locali valutano le informazioni basate sulla generalizzazione del sapere esperto e distingue tre modelli di conoscenza sul rischio: la conoscenza quotidiana, gli scenari condizionati dalla scienza e le narrazioni collettive. Boholm mette però in luce il forte nesso che esiste tra le tre forme di conoscenza poiché le informazioni vengono scambiate tra di esse.

Barbara Czarniawska conduce poi il lettore nell'esplorazione delle tecniche del lavoro sul campo utili per confrontare la complessità delle pratiche nella sanità. Anche se l'etnologia e l'antropologia sono utili come fonti d'ispirazione, la complessità della vita moderna, e nondimeno della medicina moderna, richiedono nuovi approcci e creatività da parte dei ricercatori. A partire dalle mappe cognitive, dalle interviste e dai dati statistici, passando per l'osservazione diretta, attuando lo *shadowing* di oggetti tecnolo-

gici come è ad esempio la cartella clinica, utilizzando le duplici narrazioni dell'errore medico – nel caso del tribunale – Czarniawska offre una rilettura metodologica delle indagini relative al tema del rischio in sanità – e non solo – mettendo in evidenza come i ricercatori coniughino spesso contemporaneamente metodi diversi per comprendere la complessità della realtà sul tema del rischio. La complessità è data sotto il profilo etico per le diverse sfaccettature possibili, in quanto si studiano i rischi, così come le narrazioni dei rischi e infine i programmi di gestione dei rischi.

Tatiana Pipan si pone in ultimo la domanda come formare manager in grado di dare letture trasversali ai fenomeni che nella sanità sono fortemente interconnessi, per la complessità dell'organizzazione sanitaria, a partire dall'esperienza quinquennale del master universitario sul management e innovazione in sanità promosso dalla facoltà di sociologia e diretto da lei stessa. Razionalità e incertezza pervadono le organizzazioni sanitarie. I medici si trovano a convivere con l'incertezza nelle loro pratiche cliniche connesse da un lato con la tecnologia ovvero con numerosi artefatti diagnostici e terapeutici dall'altro con la dimensione amministrativa stessa (esempio la cartella clinica come oggetto liminale). I medici manager si percepiscono razionali, in quanto immersi in attività sempre più standardizzate da protocolli, procedure standard, dati epidemiologici nonché dalla medicina fondata sulle evidenze (Ebm) che da quindici anni circa rappresenta il contesto epistemologico condiviso dai professionisti della sanità, riluttanti a considerare l'imprevisto come un dato della loro vita lavorativa che richiede anche capacità d'improvvisazione. Dove l'improvvisazione non deve essere intesa – seguendo Weick e Sutcliffe (2001) – come *fare qualcosa dal nulla*, ma fare qualcosa sulla base di esperienze precedenti, pratiche e conoscenza durante i momenti che richiedono capacità d'intuizione e comprensione per orientare l'azione in modo più adeguato.

Ai fini della gestione degli errori medici esiste un network vasto da intendersi come idealità, non del tutto visibile, pertanto compito del sociologo è di attivare riflessività rendendo visibile il processo del *networking*, utilizzando a tal fine la lente delle pratiche non incorporate (*embedded*) ma piuttosto emergenti attivate nelle relazioni tra le organizzazioni e le dinamiche instabili e reversibili. Le reti sono dentro a dinamiche tra il conoscere come processo e il suo prodotto come conoscenza che si traduce in artefatti, report, linee guida, protocolli, cartelle cliniche. Sono formalmente coordinate tramite gerarchia, necessitano di tecnologia. Dove risiede l'incertezza del sistema?

Chi detiene la conoscenza sono i nodi della rete ma per farla diventare conoscenza oggettivata e condivisa, per farla diventare strumento di gover-

no e di razionalizzazione delle pratiche lavorative è compito centralizzato. Nell'ambito della sanità gli artefatti (informali/gestionali) sono molti e hanno il potere di stabilizzare le relazioni. Penso in particolare alla cartella clinica l'oggetto che viaggia da uno spazio organizzativo a un altro e racchiude in sé un elevato numero di azioni e di relazioni, ma la sanità è densa di molti altri strumenti, artefatti e tecnologie che organizzano (Gherardi e Strati, 2004).

Nel network del rischio/errore entrano nel corso degli ultimi decenni nuovi attori (istituzionali e non) quali ad esempio l'associazione dei medici accusati di *malpractice* ingiustamente (Amami), l'Ania (l'associazione nazionale delle imprese assicuratrici, che raggruppa il 91% delle compagnie assicurative), numerose associazioni di cittadini, osservatori statistici, società di consulenza. Alcuni attori escono altri entrano senza che l'identità del network ne venga modificata. Nelle pratiche del network così come nelle attività dei singoli attori si cerca costantemente di normalizzare i rischi attraverso l'ideazione di nuovi artefatti (linee guida, osservatori, raccomandazioni, *check list*, manuali, metodologie di analisi) e recentemente nuove strategie aziendali si sono radicate nelle aziende come si è detto in precedenza quali il risk management. Si attuano convegni e forum internazionali (nel 2010 si è tenuto il quinto forum sul risk management), si producono analisi e si commissionano ricerche sia sulle attività forensi che si sviluppano a seguito delle denunce dei pazienti (ricerca su 1900 sentenze relative agli ultimi processi del tribunale civile di Roma, 2009 Orme¹) sia sulla medicina difensiva a partire dall'interrogativo se e quanto praticata dai medici (Omceo, 2008).

Siamo consapevoli che le strutture si realizzano solo attraverso attività degli esseri umani in una rete di relazioni che connette processi, persone, materiali, valori e istituzioni in un continuum. Cercare di annodare (*knotting*) i nodi della rete costituitasi per la tutela della sicurezza del paziente così come per la tutela della professione sanitaria è diventato un processo costante, connotato da momenti di stasi e momenti di accelerazione dovuti alle azioni che gli attori della rete decidono di intraprendere. Il macro attore tuttavia stenta a stabilizzarsi.

¹ Osservatorio sulla Responsabilità del Medico.

