

## NOTE

---

### In memoriam

*Giuseppe Abbatecola*

di Mara Tognetti Bordogna

Gli studiosi italiani di sociologia della salute e di sociologia della medicina sono rimasti, per molto tempo, un gruppo numericamente limitato di persone, almeno fino agli anni '80: fra questi e fra i primi vogliamo ricordare Giuseppe (Peppino) Abbatecola, professore associato all'Università di Milano-Bicocca (Facoltà di Sociologia), morto nel novembre del 2008, all'età di 66 anni. Il primo in Italia ad avere l'insegnamento di sociologia della medicina con un insegnamento incardinato. Infatti, è stato dal 1985 al 1999 professore di Sociologia della Medicina presso la facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Milano, materia che insegna anche presso la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva della Facoltà di Medicina e Chirurgia della medesima Università e, successivamente, presso la Facoltà di Sociologia dell'Università di Milano-Bicocca.

Curò, nel 1977, un'importante antologia dal titolo "Il potere della Medicina" per i tipi di Etas Libri, sui temi della sociologia della salute e della malattia e delle organizzazioni sanitarie. Un sociologo della medicina a pieno titolo, in quanto i temi della salute e del-

la malattia saranno i suoi principali oggetti di studio e ricerca. Dal 1992 è membro del Comitato Scientifico della Collana "Laboratorio Sociologico" diretta dal Prof. Costantino Cipolla.

Conseguì la laurea in Sociologia presso la Facoltà di Trento (1969) a pieni voti. Nei primi anni settanta e ottanta si occupa di Sociologia industriale e collabora ad una serie di ricerche, dirette da Alessandro Pizzorno su "Lotte operaie e sindacato", che saranno oggetto di diverse pubblicazioni.

A metà degli anni ottanta è prevalente, però, il suo impegno per la sociologia della medicina. Con il rigore scientifico e la tensione morale che rappresentavano uno dei tratti del suo carattere di studioso, assieme ad un'attenzione forte allo stile ed alle modalità comunicative, affrontò temi importanti e nuovi per la sociologia italiana, come il processo di de istituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici e la creazione di servizi territoriali. In quegli anni svolge importanti ricerche ed è responsabile della sezione di sociologia del Progetto finalizzato del CNR per la prevenzione delle malattie mentali (1971-'80).

Sarà, però, il tema delle tossicodipendenze ad impegnarlo nella seconda parte della sua carriera scientifica: infatti, è fra i primi sociologi ad occuparsi di questo tema. Tale impegno lo vedrà schierato con altri colleghi, anche di altre discipline, in differenti campi, sul versante della formazione degli operatori. Sarà, infatti,

responsabile dei corsi di formazione per la prevenzione delle tossicodipendenze in Lombardia (1977-'79); nel campo della ricerca è direttore della ricerca sul consumo delle sostanze psicotrope in Lombardia – Progetto obiettivo Regione Lombardia – (1988-'90), nonché direttore della ricerca sul disagio giovanile e la prevenzione delle tossicodipendenze per il Dipartimento Affari Sociali, Presidenza del Consiglio (1992-'93).

Nel campo dell'organizzazione dei servizi, coordina l'Osservatorio sulle Tossicodipendenze della Città di Milano (1990-'93).

Tra le attività istituzionali più significative, si ricorda il suo ruolo di direttore, dal 1980 al 1984, del Centro Studi delle Organizzazioni sanitarie, presso l'Università di Urbino. Coordina altresì l'Osservatorio Nazionale sulla Formazione e la Professione degli Assistenti Sociali (1995-'98). Per molti anni dirige, prima, la Scuola Diretta a Fini Speciali per Assistenti Sociali, poi il corso di laurea in Servizio Sociale dell'Università di Milano-Bicocca. Riveste incarichi scientifici in riviste e network per la salute come la rete di ricerca "Salute e relazioni sociali".

Un impegno serio e costante il suo, che lo vede sempre a fianco di chi voglia indagare piste nuove, sui temi della salute e della malattia. Segue, con particolare attenzione ed entusiasmo, la formazione degli studenti, ma anche degli operatori dei servizi. È fra coloro che contribuiscono alla nascita della sezione di Sociologia della salute e della medicina dell' AIS, a cui risulta iscritto fin da subito.

Il contributo di Peppino Abbatecola alla vita della nostra comunità scientifica ed accademica è stato costante e il suo impegno ci mancherà, in particolare per chi come noi lo ha seguito negli anni.

*Mara Tognetti Bordogna*, professore associato di Politiche sanitarie comparate, Università di Milano-Bicocca.

mara.tognetti@unimib.it

## Commenti

### *I segni precoci dei disturbi della condotta: le nuove conoscenze e l'innovazione dei Servizi dell'Età Evolutiva*

di Giovanni de Plato, Jenny Masi, Michela Casoria

#### Introduzione

I programmi di promozione della salute producono nel medio e lungo periodo esiti sociali di salute maggiori di quelli raggiungibili limitandosi al solo intervento curativo e riparativo della persona. Questo dato è particolarmente vero nel campo della salute mentale, dove peraltro si registra una domanda crescente di trattamenti terapeutici, che può essere accolta dai servizi con progetti preventivi tesi al miglioramento dello stato di salute emotiva e mentale della popolazione a partire dai primi anni di vita.

L'Oms infatti, stima che circa il 25% dell'intera popolazione dei paesi sviluppati soffra di disturbi psichici che rappresentano pertanto nel loro insieme le patologie più diffuse nel mondo. Recenti studi epidemiologici (Roth e Fonagy, 1997), indicano come la sofferenza psichiatrica in bambini e adolescenti può essere stimata attorno al 10-33% e in Italia, alcune ricerche sulla popolazione scolastica, stimano una percentuale di adolescenti a rischio di sofferenza psichica di circa il 20%.

I disturbi della condotta ad esordio in età infantile si manifestano da una parte come potenziali precursori di disturbi mentali più gravi che possono insorgere in età successiva (disturbi di personalità, comportamenti auto ed etero-distruttivi, abuso di sostanze, disturbi mentali a carattere evolutivo) dall'altra come sovraccarico dell'impegno familiare in termini sia relazionali sia di sofferenza psicologica. In particolare tali comportamenti provocano, sia in coloro che li mettono in atto sia per la situazione familiare, scolastica e sociale, rilevanti problemi in termini di inserimento, convivenza e tolleranza.

Dal punto di vista epidemiologico, la letteratura scientifica internazionale individua nella fascia di età 10-14 anni, la maggiore probabilità dell'instaurarsi di problemi di controllo delle attività emozionali, cognitive e comportamentali che se non riconosciuti e valutati tendono a svilupparsi in possibili comportamenti antisociali. Come evidenziano i recenti dati epidemiologici, il significativo aumento dei comportamenti violenti e distruttivi in età adolescenziale e giovanile si pone già come un tema prioritario della Sanità e della sicurezza pubblica.

Sulla natura multifattoriale dell'eziologia di questi disturbi, acquista sempre più credito l'ipotesi che fattori favorevoli di grande rilievo siano da ricercarsi:

- a) nella incapacità di riconoscere le proprie emozioni;
- b) nella inadeguatezza dell'autocontrollo degli stati emozionali;
- c) nella mancata integrazione funzionale di processi emozionali e cognitivi.

Coerentemente con tali osservazioni, il piano sanitario della regione Emilia Romagna per il biennio 1999-2001 individua tra gli obiettivi prioritari la riduzione dei disturbi della condotta e di comportamenti antisociali nell'età evolutiva e nei giovani adulti e la promo-

zione del benessere e della salute emozionale degli adolescenti.

Le esperienze emozionali e le alterazioni psicopatologiche costituiscono un continuum, di cui lo stato di mal funzionamento rappresenta il sintomo che rappresenta il mattone di costruzione di una possibile forma di disagio o di disturbo. Prima dei mattoni, quali entità misurabili ed oggettive, esiste il "segno" che è una caratteristica osservabile della persona, la cui soggettività (il sintomo) permette di cogliere ciò che si annuncia (il disturbo) come possibile sviluppo di una condizione (vulnerabilità) esposta (fattori di rischio) in determinate condizioni (ambiente sfavorevole). I segni di una possibile alterazione della attivazione e regolazione delle emozioni possono essere anticipati dagli *indicatori* che dovrebbero permettere precocemente di cogliere un processo che può evolvere verso una possibile forma psicopatologica. Il concetto di indicatore esprime la possibilità di misurare la variabile di funzionamento del sistema di regolazione delle emozioni in relazione a specifiche esperienze. In questo aiuta a individuare le aree su cui sta agendo il disagio e permette di capire con quale modalità si può indirizzare il processo verso il rafforzamento dei fattori costitutivi della salute, evitando la possibile deriva psicopatologica. Il concetto di *precocità* aggiunge alla conoscenza di un iniziale processo ciò che lo precede come dato generalmente aspecifico, fornendo la possibilità di arrivare ad un orientamento per un intervento appropriato.

La possibilità di riuscire a trovare un valore, che sia davvero indicativo dei precursori di possibili alterazioni del normale funzionamento o di quello psicopatologico, non è scontato (McGorry, 1999). Un esempio significativo è quello dei disturbi della condotta nell'infanzia: vengono identificati sulla base di un cluster di comportamenti che nel 50% dei casi non soddisfano

alcun criterio diagnostico nell'età adulta. È necessario pertanto distinguere i meccanismi e le circostanze che determinano l'origine nell'infanzia e una persistenza nell'età adulta. Diversi studi hanno tentato di individuare la fonte di questa eterogeneità di pattern e di outcome, ed hanno permesso di osservare che i bambini con disturbi della condotta associati a problemi di iperattività/mancanza di attenzione (ADHD) differiscono da quelli con problemi della condotta "puri" in quanto i loro disturbi sono più persistenti, più severi, e associati a maggior deficit neuropsicologici (Lynam, 1996). Frick *et al.* (2005) hanno sottolineato l'importanza dei tratti di insensibilità (*callous-unemotional traits*, CU), mancanza di empatia, ridotta capacità di riconoscere emozioni quali paura e tristezza. Diversi studi condotti con metodologie diverse hanno trovato una correlazione tra insensibilità alla *baseline* e comportamenti antisociali al follow-up, ad indicare il valore predittivo di tratti di insensibilità su tali pattern. I tratti di insensibilità sarebbero dunque associati a disturbi della condotta e disturbi antisociali più gravi, con decorso peggiore e a prognosi più severa. (Dadds *et al.*, 2005; Dodge *et al.*, 1997; Loeber *et al.*, 2000; Fergusson *et al.*, 1996).

Tali studi e i risultati rimandano al concetto di *psychopathy*, introdotto per la prima volta da Hare nel 1980, il cui inquadramento diagnostico è tuttora oggetto di numerose critiche e puntualizzazioni. La dimensione della *psychopathy* è il risultato di una mancata integrazione delle componenti cognitive ed emotive e si caratterizza quindi come un disagio emotivo-cognitivo le cui cause vanno ricercate principalmente nell'individuazione dei meccanismi che hanno ostacolato tale integrazione.

Il costrutto di *psychopathy* si identifica attraverso 3 fondamentali dimensioni:

1. grandiosità-narcisismo: corrisponde ad uno stile arrogante, superficiale auto centrato, manipolativo e menzognero;
2. insensibilità-mancanza di empatia: include mancanza di rimorso e senso di colpa, insensibilità (*callousness*), scarsa empatia, appiattimento affettivo e incapacità di assumere responsabilità;
3. impulsività: si riferisce alla ricerca esasperata di emozioni forti, la facilità a sentirsi annoiati, la mancanza di obiettivi a lungo termine, la difficoltà a riflettere prima di compiere azioni e uno stile di vita parassitario.

Nella *psychopathy* vi sarebbe un deficit nel processo di rappresentazione che lega uno stimolo incondizionato ad una risposta condizionata. A sostegno di questa ipotesi i diversi studi sperimentali dimostrano che esiste una ridotta capacità di rispondere correttamente a stimoli visivi e verbali relativi ad espressione di paura e di tristezza (Blair, 2001; Blair *et al.*, 2005).

L'indagine attraverso tecniche di neuroimmagine funzionale per l'accertamento di eventuali substrati neuronali, in relazione al riconoscimento delle espressioni emotive, hanno evidenziato che i soggetti *psychopath* presentano ridotte forme di integrazione e comunicazione fra strutture corticali e sottocorticali.

In particolare l'amigdala è coinvolta in tutti i processi che, quando compromessi, danno luogo alle disfunzioni osservate negli individui con le caratteristiche proprie della *psychopathy*.

L'amigdala è strettamente associata alla corteccia prefrontale, all'ippocampo e alla corteccia temporale e occipitale con ampie proiezioni neuronali alla corteccia orbitofrontale (deputata al controllo cognitivo degli stimoli emotivi). Tale collocazione rende questa regione cerebrale centrale per il procesamiento degli stimoli emotigeni e per

l'integrazione dei processi emotivi-cognitivi.

Infatti l'amigdala è coinvolta nel condizionamento aversivo, nell'apprendimento strumentale (LeDoux, 1998), nella risposta ad espressioni facciali di paura e tristezza (Blair *et al.*, 1999).

L'impossibilità di condizionare gli individui con psychopathy alla paura, rappresenta una prova empirica a favore di una alterazione amigdalica.

Da questi studi emerge infatti che tali soggetti presentano deficit nel riconoscimento di alcune emozioni che porterebbero alla non interruzione di comportamenti di aggressività quando l'altra persona mostra espressioni di paura e/o tristezza (segno di una posizione di inferiorità che implicitamente riconosce la superiorità altrui).

Sono stati pubblicati negli ultimi anni alcuni studi di *neuroimaging* che hanno confermato questo risultato e hanno mostrato un differente pattern di risposta dell'amigdala a risonanza magnetica funzionale durante lo svolgimento di specifici task tra individui con caratteristiche di Psychopathy e comportamento aggressivo e controlli. Inoltre, lesioni dell'amigdala possono determinare la comparsa di comportamenti sociali inappropriati (Grafman *et al.*, 1996). È stato pertanto suggerito che una disfunzione dell'amigdala possa essere implicata nella patofisiologia alla base della psychopathy (Blair *et al.*, 2001).

I dati epidemiologici disponibili indicano una percentuale sulla popolazione giovanile dell'1% per la psychopathy e del 4% per i disturbi antisociali (Hare, 1993). L'individuazione precoce degli indici di rischio associati al profilo di psychopathy costituisce un ambito di indagine che è necessario approfondire. Il comportamento psychopath rappresenta un problema sia sociale che clinico fortunatamente di ridotte dimensioni numeriche ma di forte impatto e rilevanza per le sue conseguenze. Proprio in riferimento ad esse

ed in particolare agli agiti potenziali dei soggetti psychopaths esiste un consenso unanime sulla opportunità di una diagnosi precoce e di forme di trattamento mirate. La letteratura suggerisce come progetti di screening rivolti ad ampi gruppi non clinici di soggetti in età pre-adolescenziale, sia di particolare rilevanza per individuare precocemente i primi indicatori di rischio.

## 1. Ricerca

### 1.1. Presupposti e obiettivi

Alla luce di queste osservazioni appare evidente che tutte le questioni che sollevano i disturbi della condotta degli adolescenti e dei giovani sul piano scientifico, le strategie idonee a contenere i fenomeni sociali e a prevenire il disturbo mentale del singolo soggetto vanno affrontate in un contesto di approccio multidisciplinare. Da queste problematiche infatti emerge l'importanza della ricerca sugli indicatori precoci ai fini di prevenire la violenza quotidiana nelle relazioni familiari, scolastiche e sociali, e di promuovere la salute emotiva e risulta evidente che un progetto di ricerca sugli indicatori precoci nei disturbi della condotta deve essere costruito con i diversi interlocutori istituzionali e sociali interessati.

Il Programma di ricerca (diretto da G. De Plato) muove dalle considerazioni teoriche sopra riportate e si pone l'obiettivo di definire un modello di indicatori di rischio in adolescenti e giovani adulti sulla connessione tra emozioni e stati cognitivi per una definizione di programmi di promozione della salute emozionale e mentale e di prevenzione del disagio psichico. Questo obiettivo è stato perseguito attraverso la definizione di un protocollo standardizzato di semplice somministrazione per lo screening della popolazione a rischio in età evolutiva.

### 1.2. Articolazione

La Ricerca vede la collaborazione tra Università (Facoltà di psicologia dell'Università di Bologna - Polo di Cesena), le famiglie, la scuola e l'Azienda Sanitaria di Cesena (Dipartimento delle cure primarie, Dipartimento di Salute mentale e Programma di neuroscienze).

### 1.3. Descrizione del Protocollo

Il campione esaminato è costituito da 300 adolescenti di età compresa tra i 10 e i 14 anni, frequentanti la scuola media inferiore. Sono state valutate 3 aree specifiche: gli aspetti emotivo-relazionali e comportamentali, l'area cognitiva e l'efficienza dell'integrazione di processi emotivi e cognitivi.

In una prima fase è stato effettuato uno screening osservativo e/o valutativo di possibili segni di inadeguatezza cognitivo/emotiva in collaborazione con insegnanti, genitori, e strutture del Dipartimento delle Cure primarie utilizzando strumenti appositi (questionari di valutazione del ragazzo e General Health Questionnaire). Successivamente (seconda Fase) i soggetti identificati nella prima fase come potenzialmente problematici sono stati sottoposti ad una valutazione approfondita nelle aree a) emozionale, b) cognitiva, c) ad una valutazione dell'efficienza di integrazione di processi cognitivi ed emotivi.

La terza fase della ricerca prevede la elaborazione di programmi interistituzionali rivolti alla promozione della salute emotiva e mentale nella prima fascia di età presa in esame (10-14): riconoscere le emozioni, saperle regolare e rafforzare l'integrazione delle aree emotive e cognitive.

Risulta importante una specificazione degli strumenti utilizzati nella seconda fase della ricerca per la comple-

ta comprensione dei profili emersi nei risultati.

#### 1.3.1. Valutazione degli aspetti emotivo-relazionali e comportamentali

Per la valutazione dei possibili indicatori di rischio di psychopathy è stata scelta la *Antisocial Process Screen Device* (APSD) di Frick e Hare (2001). Si tratta di una scala a 20 item che prevede 3 diverse forme, due eterovalutative rivolte a genitori e insegnanti e una autovalutativa pensata per essere compilata dal soggetto stesso. La fascia target per la somministrazione della scala è compresa tra i 6 e i 13 anni e quindi si presenta come uno strumento ottimale per la valutazione precoce di eventuali tendenze psychopath. Per ogni item si richiede una valutazione su una scala a tre punti (1=completamente falso, 2=a volte vero, 3=sempre vero). L'APSD ha una struttura a tre fattori che possono essere fatti corrispondere a tre diverse sottoscale calcolabili sommando item diversi della scala. Il primo fattore corrisponde all'insensibilità o mancanza di empatia; il secondo definisce gli aspetti del narcisismo e il terzo è legato agli indici di impulsività.

In riferimento al costrutto di psychopathy, l'iperattività viene considerata come uno dei fattori che spesso ne caratterizzano il profilo pur non presentandosi come caratteristica primaria. Risulta rilevante la valutazione di iperattività in età preadolescenziale in quanto è un tratto che può sfociare in diversi profili di disagio in età adulta. L'iperattività costituisce una dimensione del Disturbo Deficit di Attenzione e Iperattività (DDAI) insieme a disattenzione e impulsività (DSM-IV TR). È stata quindi scelta una scala statunitense per la valutazione dei profili di DDAI, la *Scales for Diagnosing Atten-*

Tab. 1 - Assessment degli aspetti emotivo-relazionali e comportamentali

Indicatori di psychopathy	Iperattività	Affettività negativa
Antisocial Process Screen Device (APSD)	Scales for Diagnosing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder - SCALES	Questionario Scala Ansia per l'Età Evolutiva  Children Depression Inventory (CDI)

tion Deficit/Hyperactivity Disorder - Scales di Ryser e McConnel (2002).

La scala permette di definire i tre diversi fattori ed è composta da 39 item ai quali si chiede di attribuire un punteggio da 0 a 3 indicando il grado in cui un determinato aspetto interferisce con le attività quotidiane del soggetto.

Nell'assessment degli aspetti emotivo-relazionali e comportamentali è stata inserita anche la valutazione dell'affettività negativa in particolare dei tratti ansiosi. Questa dimensione risulta importante perché valori alterati di ansia in età evolutiva possono svolgere un'interferenza sui processi cognitivi (McNally, 1998) e possono al tempo stesso costituire un indice di rischio se associati ad alterazioni nelle altre dimensioni emotive-relazionali. Inoltre in riferimento al costrutto di psychopathy. L'ansia costituisce un elemento di esclusione in quanto questi soggetti presentano solitamente livelli di ansia inferiori alla norma.

Tra gli strumenti a disposizione è stato scelto il Questionario scala ansia per l'età evolutiva (Busnelli, Dall'Aglio, Faina, 1974) che permette una valutazione dell'ansia legata al contesto scolastico, una mirata all'ansia ambientale e il calcolo dell'indice di ansia totale. La scala è costituita da 45 item auto-somministrati che richiedono una risposta su una scala likert a 3 punti, inoltre presenta alcuni item correlabili con la scala di psychopathy.

In riferimento all'affettività negativa è stata inclusa nell'indagine anche una valutazione degli aspetti di depressione tramite il *Children Depression Inventory* (CDI) di M. Kovacs (1981). Questa è una scala di autovalutazione auto-somministrabile che indaga diverse aree: disturbi dell'umore, capacità di provare piacere, funzioni vegetative, stima di sé e comportamento sociale. È costituita da 27 triplete di affermazioni per ciascuna delle quali il soggetto deve scegliere quella che ritiene più corrispondente al suo stato emotivo nell'ultimo periodo. Lo strumento fornisce valori di cut-off per definire livelli di disagio nella norma, moderati o che richiedono attenzione clinica.

### 1.3.2. Valutazione dell'area cognitiva

Da una rassegna degli strumenti più diffusi nel contesto internazionale per la valutazione delle capacità cognitive il *Kaufman Brief Intelligence Test* (K-BIT) (Kaufman e Kaufman, 1990) risulta essere una misura breve e adeguata dell'intelligenza verbale e non verbale e permette una rapida valutazione del funzionamento intellettuale.

Il K-BIT è costituito da due subtest: vocabolario e espressivo e di Definizioni per il calcolo del QI verbale e Matrici per il calcolo di QI non verbale. La somma dei due QI costituisce un valore di QI composito e una indica-

zione sulle capacità intellettive generali. La media (100) e la deviazione standard (15) forniscono un QI numericamente vicino ai QI di altri test, come ad esempio le *Scale Wechsler (WISC-R)*.

In relazione all'attività cognitiva è stata valutata l'efficienza dei processi anticipatori e inibitori.

Il costrutto di anticipazione si riferisce alla capacità di anticipare eventi futuri sulla base dell'esperienza o utilizzando indici a disposizione dell'ambiente, mentre il costrutto di inibizione si riferisce alla capacità di inibire le informazioni irrilevanti. Sono processi fortemente legati a correlati di funzionamento neurale e risultano relativi a variabili di tipo affettivo-motivazionale (Damasio, Damasio, Christen, 1996; Berthoz, 2003).

I compiti utilizzati nel protocollo di valutazione della capacità anticipatoria fanno riferimento a tre sottocomponenti specifiche testate tramite un'attività semplice e apparentemente ludica (Nadin, 2002): 1. *Backward causation*: le azioni sono guidate da obiettivi futuri che si realizzano attraverso azioni compiute nel presente (testata attraverso la prova del "golf" in cui il soggetto deve trovare la giusta traiettoria della pallina). 2. *Retro-prediction*: si possono cambiare le conseguenze di una determinata azione grazie ad un modello predittivo che consente di cambiare stato, da un momento all'altro, secondo l'architettura del modello (testata attraverso la prova degli "acrobati" in cui si valuta la capacità del soggetto di cambiare strategia se quella utilizzata non si dimostra efficace). 3. *Synchronization*: l'anticipazione è un meccanismo di sincronizzazione e integrazione (testata attraverso una prova di "basket" in cui il soggetto deve decidere il momento giusto affinché il primo giocatore passi la palla al secondo per fare canestro).

La capacità inibitoria, che secondo alcuni studi sembra essere deficitaria in soggetti con *psychopathy*, è stata testata con compiti di tipo *go-no-go* o *stop-signal procedure* (Logan e Cowan, 1984; Logan, Schachar e Tannock, 1997) in cui il soggetto deve essere capace di non rispondere ad uno stimolo se questo si presenta in particolari condizioni ad esempio se è accompagnato da un suono. Il paradigma si basa sulla valutazione dei tempi di reazione oltre che dell'accuratezza.

Nel compito utilizzato nel protocollo (presentato al computer), la componente di azione (*go-task*) era costituita dall'immagine stilizzata di una stella e una luna, stimolo al quale il soggetto doveva rispondere premendo due tasti diversi. Alla presentazione dell'immagine si associava il segnale inibitore (componente *no-go*) costituito da un suono. Le indicazioni fornite al soggetto erano di premere il tasto giallo quando vedeva la stella, di premere quello blu quando vedeva la luna e di non premere nessun tasto quando sentiva il suono.

Sono state valutate anche le componenti attentive in quanto l'abilità di spostare e sostenere l'attenzione rispetto alle richieste ambientali è considerata una componente critica dell'auto-regolazione e dell'adattabilità.

Attraverso la somministrazione del test *Attentional Network (ANT)* (Fan *et al.*, 2002) si sono misurate tre componenti dell'attenzione: allerta (prodotta da un segnale di avvertimento che informa il soggetto della comparsa dello stimolo target), orientamento spaziale (indotto da un facilitatore che informa sul punto in cui lo stimolo comparirà) e gestione del conflitto (prodotto da distrattori posti intorno allo stimolo, congruenti o incongruenti). Il compito del soggetto è quello di rispondere in base allo stimolo target ignorando i distrattori.

Tab. 2 - Assessment dell'area cognitiva

<i>Capacità cognitive</i>	<i>Efficienza dei processi anticipatori e inibitori</i>	<i>Componenti attentive</i>
Kaufman Brief Intelligence Test (K-BIT)	Backward causation, Retroprediction e Synchronization Test  Go-No-Go Task	Attentional Network Test (ANT)

### 1.3.3. Valutazione dell'efficienza di integrazione di processi cognitivi ed emotivi

Sono stati misurati i livelli di perseverazione ad un compito con *rewarding* attraverso l'*Iowa Gambling Test* (IGT). Tale strumento è sembrato appropriato per la valutazione di probabili soggetti psychopath che sono caratterizzati da impulsività e da una buona iniziale capacità di comprensione del compito, ma hanno difficoltà a mantenere una strategia ottimale nell'arco della prova. Inoltre l'IGT dovrebbe essere in grado di evidenziare la propensione dei comportamenti di rischio e di *sensation seeking* che mostrano tali soggetti.

Tale strumento prevede l'utilizzo di quattro mazzi di carte e fiches da 50 centesimi e 1, 2, 5, 10 euro, per simulare i premi in denaro. Ogni mazzo è costituito da 40 carte suddivisi in 4 blocchi da 10 segnati sul retro dalle lettere A, B, C, D. Ogni mazzo ha specifiche caratteristiche: le carte dei mazzi A e B consentono di guadagnare 10 euro ciascuna, ma prevedono perdite più consistenti; i mazzi C e D consentono un guadagno di 5 euro e prevedono perdite meno consistenti.

Utilizzando prevalentemente i mazzi A e B si ottiene una perdita complessiva, mentre utilizzando prevalentemente i mazzi C e D si ottiene un guadagno. Durante lo svolgimento del compito il

soggetto (che è all'oscuro delle caratteristiche dei mazzi) deve selezionare 100 carte e lo sperimentatore annota l'ordine di selezione delle carte e assegna i premi o le punizioni previste da ciascuna carta.

Nel protocollo di valutazione è stato infine inserito un compito di riconoscimento delle emozioni definito EMOS (Bonifacci, Borlimi, Contento, 2005).

Tale compito è stato scelto perché il riconoscimento delle espressioni facciali, e più specificatamente di espressioni di paura e tristezza, appare deficitario nei soggetti psychopath e rappresenterebbe una mancata integrazione dei processi emotivi e cognitivi.

Il test, presentato al computer, è articolato in 4 blocchi ciascuno composto da 32 immagini. In ogni blocco al soggetto si chiede di riconoscere un'emozione (per es. felicità) premendo un tasto e di premere un tasto diverso per tutte le altre emozioni (per es. rabbia). L'emozione target è differente in ognuno dei blocchi. L'ordine di presentazione dei blocchi e dei volti richiede che per ciascuna delle emozioni siano differenziati i risultati relativi a quando l'emozione richiede una codifica esplicita o implicita. La rilevazione dei tempi di reazione e dell'accuratezza nelle due modalità di codifica per il riconoscimento di ciascuna emozione, avrà lo scopo di evidenziare, all'interno del campione, i soggetti con deficit di riconoscimento emotivo.

Tab. 3 - Assessment dell'efficienza di integrazione di processi cognitivi ed emotivi

Livelli di perseverazione e impulsività	Riconoscimento delle emozioni
Iowa Gambling Test (IGT)	EMOS Test

## 2. Risultati

Dall'analisi dei dati emerge che i risultati sono in linea con la letteratura internazionale (Hare, 1993), infatti un'elevata percentuale dei soggetti (tra il 91,9% e il 98,3%) mostra punteggi nella norma alle varie scale, e solo una bassa percentuale rientra nei profili di rischio elaborati.

Il 2% mostra un benessere psicofisico inferiore alla norma, il 7,2% mostra un'ansia scolastica superiore alla norma, l'1,7% mostra un'ansia ambientale superiore alla norma, il 2% mostra un'ansia totale superiore alla norma e l'8,1% mostra livelli di depressione superiore alla norma. Alle scale di disattenzione impulsività e iperattività, il 18,7% dei soggetti presenta valori fuori dalla norma. Alle scale di insensibilità, impulsività e narcisismo che caratterizzano l'*Antisocial Process Screening Device* (APSD) totale, l'8,6% presenta valori fuori norma.

Per quanto riguarda il funzionamento intellettuale il 5% ha QI totale inferiore alla norma. Mentre per quanto riguarda il riconoscimento di emozioni come paura e tristezza, solo il 3% dei soggetti non è in grado di riconoscere tali emozioni.

Sulle percentuali dei soggetti con valori fuori norma sono stati elaborati tre possibili profili di rischio:

1. Profilo G (1,3 %) *disagio emotivo-relazionale*: si riferisce a soggetti che presentano valori superiori alla norma nelle scale di ansia, depressione e benessere psicologico. Si tratta di individui che presentano un

profilo di rischio in riferimento a possibili comportamenti autolesivi.

2. Profilo P (1%) *comportamenti anti-sociali*: definisce soggetti che presentano difficoltà nel riconoscimento degli stati emotivi altrui, con valori elevati di narcisismo, mancanza di empatia, insensibilità, pur con adeguate abilità intellettive e cognitive.
3. Profilo I (1,3%) *iperattività e disagio emotivo-cognitivo*: soggetti con alterazioni funzionali in una o più aree cognitive, difficoltà attentive associate a iperattività, impulsività e mancanza di concentrazione.

Sulla base dei profili elaborati è stato possibile mirare un programma di promozione della salute emotiva e mentale per la fascia di età 10-14 anni, alla cui realizzazione nell'anno scolastico 2007-2008 parteciperanno oltre ai ricercatori e ai docenti delle scuole anche le famiglie e gli operatori dei servizi interessati.

I dati emersi rivelano la necessità di un approccio multidisciplinare sull'evidenza che il ragazzo, la famiglia, la scuola e la comunità sono un tutto, che non può essere mai ridotto a somma o scomposizione delle parti. È importante, quindi, che si possa creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali che permetta a scuola e famiglia di avere accesso a conoscenze e strumenti per favorire la loro collaborazione nella difficile attività formativa e nelle difficoltà ad affrontare le situazioni più problematiche dei ragazzi.

Il progetto di promozione vede quindi la sua realizzazione all'interno di una stretta e continua collaborazione

in rete tra Famiglia, scuola, servizi socio-sanitari e Università.

Un aspetto trasversale ai diversi modelli teorici che stanno alla base della educazione alla salute è il rapporto di interdipendenza dinamica tra individuo e ambiente (gruppo, comunità, società). I soggetti interessati quindi non saranno solo i ragazzi, ma anche i genitori e gli insegnanti.

L'intervento sui ragazzi è stato pensato all'interno della scuola che si configura come luogo di esperienza centrale nella vita di un adolescente.

Nella scuola è possibile osservare l'interazione non solo con i singoli individui ma soprattutto con quella risorsa inesauribile di apprendimenti ed esperienze significative che è il gruppo dei pari. L'appartenenza al gruppo rappresenta il primo territorio di passaggio dall'infanzia all'età adulta. All'interno del gruppo i ragazzi portano avanti i loro processi di crescita, si confrontano, trovano modelli di identificazione sociale, sperimentano le prime relazioni significative extrafamiliari.

È chiaro che una buona esperienza scolastica rappresenta un fattore protettivo importante nelle situazioni familiari e ambientali di grave rischio per lo sviluppo (Rutter, 1983).

Di conseguenza gli obiettivi perseguibili all'interno del contesto scolastico si configurano nel potenziamento di risorse individuali e collettive nell'area emotivo-relazionale o socio-affettiva.

L'intervento psicologico per le famiglie ha l'obiettivo di sensibilizzare le figure parentali ai temi dello sviluppo emotivo-cognitivo, approfondendo le conoscenze relative alle dinamiche del problema per riuscire a rafforzarne i costituenti e ad individuare i segnali di un eventuale disagio, prevenendone possibilmente la sua insorgenza. È fondamentale intervenire precocemente finché sussistono le condizioni per modificare gli eventuali atteggiamenti inadeguati.

La formazione degli insegnanti costituisce la base affinché essi possano collaborare con le famiglie per migliorare lo sviluppo emotivo-cognitivo ed individuare i segnali meno facilmente identificabili che i ragazzi possono manifestare.

Un progetto di promozione multidisciplinare non può non tenere conto del ruolo dei Servizi territoriali che in tale contesto sono chiamati ad assolvere non solo alle funzioni di prevenzione e cura ma soprattutto a quelle di promozione ed educazione alla salute.

Per realizzare tali compiti i servizi territoriali per l'infanzia non solo devono essere in rete con altri Servizi Sanitari ma anche entrare nella rete dei Servizi Sociali (famiglia-scuola).

## Conclusioni

L'identificazione dei precursori emotivi nell'infanzia dei possibili disturbi mentali dell'adulto può costituire un nuovo paradigma mediante il quale ripensare la prevenzione, cura e riabilitazione nell'ambito della salute mentale. La ricerca teorica ed empirica sulle emozioni offre ai Servizi della salute mentale uno straordinario scenario operativo: la promozione della salute emotiva, l'intervento precoce sugli indicatori di disagio e la prevenzione dei disturbi emotivo-cognitivi.

Il futuro deve essere arricchito da una vasta documentazione scientifica sull'evidenza che in età evolutiva e giovanile sia possibile identificare la presenza di indicatori precoci che possano permettere un intervento tempestivo per rafforzare i costituenti della salute emotiva ed evitare che prime alterazioni funzionali possano evolvere in un disturbo mentale verso la maggiore età.

Volendo tradurre sul piano operativo queste indicazioni è possibile specificare l'articolazione dei programmi interistituzionali ed interdisciplinari. I piani per la promozione della salute

emotiva e mentale richiedono l'impegno della regione che dovrebbe essere volto a ridurre i fattori ambientali che incidono negativamente sullo sviluppo emotivo.

Questa politica per la salute dovrebbe avvenire con gli enti locali, che a loro volta dovrebbero migliorare gli spazi civici e sociali destinati alla promozione della cultura e delle relazioni tra persone, permettendo di riconoscere l'altro come interlocutore nello scambio di esperienze, che includano anche quelle di carattere affettivo.

Il ruolo della Regione e degli enti locali non può fare a meno della collaborazione con le scuole che restano insostituibili nella formazione dei ragazzi e adolescenti.

Anche la partecipazione del Terzo settore alla promozione della salute dei giovani è fondamentale in relazione all'attivazione di gruppi di sostegno, che dovrebbero favorire la convivenza e lo scambio, anche di natura emotiva, all'interno della comunità.

Questi programmi di promozione permettono di rafforzare i costituenti della salute di una persona e del benessere di una comunità, e richiedono un miglioramento continuo della qualità dei Servizi sanitari e sociali che oggi sono chiamati a mettere in atto programmi di promozione sempre più mirati ed efficaci, superando i tradizionali protocolli di prevenzione cura e riabilitazione.

#### Bibliografia di riferimento

- Blair R.J. (2004). *The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behaviour*. *Brain and Cognition*, 55: 198-208
- Blair R.J., Colledge E., Murray L., Mitchell D.G. (2001). *A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies*. *J Abnorm Child Psychol*, 29(6): 491-8
- Blair R.J., Jones L., Clark F., Smith M. (1997). *The psychopathic individual: a lack of responsiveness to distress cues?* *Psychophysiology*, 34 (2): 192-8
- Bonifacci P., Borlimi R. (2006). *L'assessment del disturbo emotivo-cognitivo*. In G. De Plato, *Emozioni: Disturbi e Indicatori Precoci*. Bologna: Bononia University Press
- Dadds M.R., Fraser J., Frost A., Hawes D.J. (2005). *Disentangling the underlying dimensions of psychopathy and conduct problems in childhood: a community study*. *J Consult Clin Psychol*, 73 (3): 400-10
- Damasio A.R. (1995). *L'errore di Cartesio*. Milano: Adelphi
- De Plato G. (2006). *Emozioni: Disturbi e Indicatori Precoci*. Bologna: Bononia University Press
- Hare R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems
- LeDoux J.E. (1998). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Touchstone
- MCGorry P.D. (2000). *The Scope for Preventive Strategies in Early Psychosis: Logic, Evidence and Momentum*. In M. Birchwood, D. Fowler, C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis. A guide to concepts, evidence and interventions*. Chichester: John Wiley & Sons
- Mitchell D., Blair J. (2000). *State of the art: Psychopathy*. *Psychologist*, Vol. 13 (7): 356-360
- Oms (2002). *Rapporto sulla salute nel mondo 2001*. Quaderni di Sanità Pubblica
- Raine A., Lencz T., Bihrlé S. et al. (2000). *Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder*. *Archives of General Psychiatry*, 57: 119 -127

Schore Allan N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W. W. Norton and Company

## *La managerializzazione del rischio in sanità.*

### *Un nuovo mito razionale?*

di Tatiana Pipan, Carlo Caprari

#### **1. Il rischio clinico nella società assicurante**

Lo sviluppo incessante delle scienze statistiche nel XIX e nel XX secolo e della teoria del calcolo delle probabilità hanno facilitato il radicamento dell'idea, tipicamente moderna, che sia possibile esercitare una qualche forma di controllo sugli eventi incerti e sconosciuti. Tale idea celebra il mito della razionalità pura (Meyer e Rowan, 1991) come valore fondante del discorso sull'addomesticamento dei rischi.

Nelle grandi narrazioni moderne il termine rischio diventa la chiave per accedere al controllo della propria esistenza e per affrontare attivamente gli eventi che non hanno un'apparente spiegazione razionale. Il rischio si lega al concetto di responsabilità umana e

alla convinzione che vi si può sempre reagire, sviluppando delle opportune strategie tecniche, politiche e culturali per preservare la società dal disordine.

Sul piano pratico la stretta relazione tra la filosofia del controllo della propria condotta e la gestione tecnica degli eventi incerti ha coinciso con l'applicazione del calcolo probabilistico al mercato delle imprese assicurative, uno di pilastri del comparto affaristico contemporaneo<sup>1</sup>, e ha avviato il processo scientifico di matematizzazione del rischio (Hutter, Power, 2005). Tale processo rimanda da un lato alla nozione di caso o di probabilità e dall'altro a quella di perdita o di danno, perché l'evento contro cui ci si assicura e contiene entrambi: il modello generale dell'assicurazione è il gioco d'azzardo. Un rischio, un incidente è come un numero della roulette, una carta estratta dal mazzo. Con l'assicurazione il gioco d'azzardo diventa un simbolo del mondo (Lupton, 2003).

Con l'intensificazione dei rapporti commerciali e con la costruzione della rete globale degli scambi economici, le formule di calcolo assicurativo sono diventate delle pratiche sociali legittimate dall'insieme di regole istituzionali, sovraindividuali e politiche (Beck, 2000), che orientano il riconoscimento dei rischi e il computo economico per il loro indennizzo. Le relazioni politiche e di mercato tra imprese assicurative e le altre agenzie dello Stato hanno reso possibile il processo di struttura-

*Giovanni de Plato*, professore associato di Psichiatria, Università degli Studi di Bologna.

*Jenny Masi*, ricercatrice, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bologna.

*Michela Casoria*, medico psichiatra, Azienda Usl Cesena.

Corresponding author: giovanni.deplato@unibo.it

1. La nascita delle imprese assicurative viene fatta risalire al XVII secolo di pari passo con l'espansione del commercio marittimo.

zione di un campo istituzionale, dove prende forma una vera e propria tecnologia di controllo a distanza (Foucault, 1994) sulla condotta degli uomini e delle altre organizzazioni<sup>2</sup>. Come ha affermato Robert Castel (2004), la generalizzazione dell'obbligo di assicurazione (che implica la garanzia dello Stato) è stata la strada maestra per realizzare la costituzione della "società assicurante": una società nella quale tutti gli individui sono tutelati (assicurati) sulla base della loro appartenenza a gruppi, i cui membri pagano la loro quota per suddividere il costo dei rischi.

Il modello assicurativo dei rischi diventa uno strumento che coadiuva le attività dei decisori economici, delle agenzie di regolazione pubblica, e dei policy makers impegnati nel controllo e nella valutazione dei rischi e, allo stesso tempo, funge da mappa cognitiva per i cittadini per la conduzione delle loro esistenze quotidiane (Boholm, 2003). Attualmente la logica assicurativa sta entrando in crisi che, a sua volta, si sta riverberando sulle trasformazioni già in corso nella maggioranza dei sistemi sanitari nazionali avanzati.

La crisi delle assicurazioni sanitarie è causata da due fenomeni strettamente correlati tra loro. Il primo è la crescita dei contenziosi giudiziari tra medici e pazienti per i casi di errore nella pratica assistenziale, e il secondo è l'incremento vertiginoso degli importi finanziari per il risarcimento dei pazienti, danneggiati da una sbagliata conduzione delle attività di cura. Per dare una dimensione del fenomeno si pensi che l'*Institute of Medicine* americano (IOM) ha calcolato che gli errori sanitari sono costati all'impresa assicurativa ben 37,6 miliardi di dollari l'anno solo negli Stati Uniti (Khon *et al.*, 1999); in Australia la cifra si aggira intorno ai 4,7 miliardi di dollari (Wilson *et alii*,

1995); in Inghilterra in 1 miliardo di sterline per ogni giorno di degenza supplementare necessari alla cura dei danni da errore medico (Vincent *et alii*, 2001); in Italia le imprese assicurative riunite sotto l'egida dell'ANIA hanno riportato che le spese per i risarcimenti sono pari a 2,5 miliardi di euro l'anno (CINEAS, 2000; Censis, 2001).

Il rapporto di causa ed effetto che sta caratterizzando tuttora la crescita del numero delle denunce contro i medici ha generato, a sua volta, l'incremento dei costi di copertura assicurativa, richiesti dalle imprese assicuratrici nei confronti sia dei medici denunciati sia delle strutture cliniche dove il danno è stato commesso. L'incremento dei premi assicurativi non riguarda soltanto i medici denunciati, ma tutte le categorie professionali sanitarie (divise per aree specialistiche) che cominciano ad essere etichettate dalle assicurazioni, dall'opinione pubblica e dai media come "pericolose" o a "rischio".

Questa spirale degenerativa tra costi economici, querele e critica pubblica ai sistemi sanitari è scaturita prima di tutto negli Stati Uniti e poi ha coinvolto man mano tutti i sistemi sanitari occidentali, dall'Australia all'Inghilterra e al resto d'Europa, Italia compresa. Negli Stati Uniti il fenomeno è cresciuto rapidamente per intensità ed estensione e ha assunto le caratteristiche di una vera e propria emergenza sociale. La situazione ha raggiunto il suo acme a metà degli anni Novanta, quando le assicurazioni hanno cominciato a rifiutare la copertura economica sui rischi alle grandi strutture ospedaliere, colpevoli di non curare la sicurezza dei pazienti (Appignanesi, 2003). Addirittura molti medici incriminati per aver commesso degli errori hanno sospeso l'attività professionale per motivi diversi, compresi il trauma psicologico per es-

2. Ad esempio, si pensi alle campagne di prevenzione italiane dei rischi sul fumo, sugli incidenti stradali, sul cancro.

sere stati oggetto di incriminazione da parte delle autorità giudiziarie.

Se prima le fortune delle imprese assicuratrici dipendevano dalla possibilità economica degli ospedali di esternalizzare i costi di gestione del rischio, adesso le stesse imprese stavano cercando di imporre un modello di gestione dei rischi interno alle stesse organizzazioni, in modo da poter arginare il fenomeno delle denunce.

Nonostante l'aumento delle denunce e dei rimborsi economici ancora nei primi anni Ottanta la rilevanza statistica del fenomeno degli errori medici era pressoché sconosciuta dagli esperti sanitari americani. I dati posseduti erano soltanto delle stime indirette sulle correlazioni causali tra errore medico e danno ai pazienti, attraverso il computo delle somme sborsate per i risarcimenti e per i premi assicurativi. Eppure le misure indirette del fenomeno hanno permesso agli esperti di management organizzativo, ai media e all'opinione pubblica di etichettare gli ospedali e le pratiche mediche come pericolose e come causa di incidenti. Bisognerà aspettare però l'interessamento della scienze organizzative affinché gli errori medici si siano potuti costruire quali oggetti di rischio (Hilgartner, 1992), sottoposti ad una analisi scientifica quantitativa più sistematica, e che si siano potute maturare le condizioni sociali e culturali affinché i livelli di allarme sui danni provocati ai pazienti si siano trasformate in vere e proprie emergenze pubbliche.

## **2. Le scienze organizzative e l'analisi del rischio**

I prodromi dell'analisi scientifica sulla rischiosità delle pratiche mediche

si possono ravvisare quando, più o meno nello stesso periodo, l'attenzione degli esperti di management organizzativo e degli scienziati sociali si è focalizzata sugli episodi dei gravi incidenti industriali. L'esplosione mancata del reattore nucleare di *Three Miles Island* (1979), il disastro chimico di *Bhopal* (1984), il collasso nucleare di *Chernobyl* (1986), l'esplosione dello shuttle *Challenger* (1986)<sup>3</sup> e molti altri ancora sono eventi che, a causa delle loro ripercussioni economiche, politiche ed emotive, hanno suscitato un largo interesse sociale. Gli studi organizzativi di stampo ingegneristico, sociologico e psicologico, sollecitati dal dibattito pubblico sui temi della pericolosità dei grandi impianti industriali e tecnologici hanno cominciato a rivolgere i loro metodi di analisi ai collassi industriali e a tutti quegli episodi di incidente che, metaforicamente, compongono una sorta di *narrativa epica* del rischio. Questa particolare forma di narrazione scientifica sui disastri si è diffusa nei vari ambiti disciplinari, di pari passo con l'evoluzione delle tecnologie di produzione e con l'introduzione di artefatti tecnologici sempre più sofisticati nei settori dell'industria e della medicina. Le teorie e le spiegazioni scientifiche inerenti le cause dei collassi tecnologici si sono poi istituzionalizzate negli ambienti accademici e manageriali, grazie a tutti coloro che nel tempo si sono interrogati sulla possibilità di ideare dei sistemi di sicurezza, per proteggere gli operatori, i cittadini e gli ecosistemi dall'accadimento di eventi disastrosi.

Di fronte alle inchieste giudiziarie e alle analisi scientifiche sui disastri organizzativi il binomio scienza e tecnologia è stato identificato socialmente

3. Per una disamina della letteratura sugli incidenti organizzativi si guardi ai lavori di Weick, 1993; Rochilin, 1993; Reason, 1994; Turner, Pidgeon, 2001; Catino 2002; Weick, Sutcliffe, 2003; Vaughan, 2005.

come responsabile di rischi e minacce. La scienza nella sua materializzazione tecnologica genera dei rischi sottoforma di danni collaterali imprevedibili, ma che possono diventare controllabili grazie a un ulteriore sviluppo dei metodi di analisi scientifica proposte dalle diverse discipline (Beck, 2000).

Per favorire l'estensione del metodo scientifico in tutti gli ambiti organizzativi e sociali, individuati come rischiosi ed insicuri, si è sviluppata così un'estesa rete di rapporti interdisciplinari o transdisciplinari tra le scienze ingegneristiche, l'economia, la sociologia organizzativa. Tali discipline hanno tradotto insieme l'idea generica di rischio, in diverse oggetti dai contorni stabili e definiti in grado di poter essere misurati, manipolati ed elusi. Le pratiche di calcolo e controllo del rischio sono state a loro volta congiunte sotto l'etichetta di *Sistemi di Gestione della Sicurezza*. Di conseguenza gestire la sicurezza ha significato individuare quali sono i rischi, ricercarne i processi genetici e arrestarne lo sviluppo per evitare disastri e danni agli uomini e alle loro organizzazioni. Come era già accaduto nel campo assicurativo, attraverso la traduzione prima matematica e poi manageriale di pericoli e minacce, questi ultimi sono diventati l'oggetto di studio di una nuova pratica scientifica, etichettata come *risk analysis*. A metà strada tra una disciplina scientifica originata dalle scienze economiche, e una tecnica manageriale, la *risk analysis* rappresenta un contenitore disciplinare piuttosto ampio. Nel suo alveo sono ricondotte diverse specialità scientifiche, di ricerca – quali la valutazione del rischio, la percezione del rischio e il *risk management* –, e il piano delle applicazioni pratiche che possono riguardare il contesto dei rischi, il processo di categorizzazione dei danni collaterali, la classificazione delle cause dei pericoli.

Secondo Micheal Power (2004) il discorso sul rischio e sulla sua gestione incorpora la natura fondamentale contraddittoria della vita organizzativa e di quella politica. Questa contraddizione si realizza nella celebrazione del mito del controllo dell'incertezza che viene sfidato dalla proliferazione dei disastri organizzativi e dai fallimenti dei sistemi di difesa tradizionali, attivati dalle organizzazioni per far fronte ai propri collassi. I pericoli, sia interni che esterni alle organizzazioni sembrano testimoniare un mondo fuori controllo dove le minacce sono endemiche, prodotte dagli stessi processi organizzativi che sono interdipendenti, complessi e spesso imperscrutabili.

Anche se i fattori dell'analisi del rischio sottolineano la razionalità limitata (Simon, 1957; Luhmann, 1991) delle scelte e delle decisioni organizzative, soprattutto in materia di sicurezza, le organizzazioni cercano comunque di realizzare il calcolo puntuale degli eventi rischiosi, che per definizione sono aleatori, e cercano di formulare previsioni razionali sul futuro per renderlo meno incerto. Il *Risk Management* propone così particolari modelli decisionali fondati sul calcolo del rischio e, in seconda battuta, realizza il ri-allocazione delle responsabilità delle scelte operate per quelle situazioni che sono incerte, complesse e difficilmente calcolabili.

### 3. Gli ospedali sono organizzazioni ad alto rischio

Uno dei risultati tangibili dell'introduzione del *risk management* nei sistemi di *decision making* organizzativo è stata la possibilità offerta ai managers di poter identificare gli ambiti di rischio, attraverso delle procedure di classificazione statistica molto raffinate.

Nonostante l'egida di razionalità che le sostiene, le classificazioni incorporati

no sempre delle scelte di ordine politico, etico, economico ed estetiche, ed implicano processi sociali per la loro produzione e sottendono la costruzione di una qualche forma di relazione sociale. A loro volta i processi di categorizzazione, classificazione e standardizzazione conferiscono alle interazioni sociali un ordine e una cornice simbolica di riferimento che è complessa nella sua genesi e che viene resa successivamente invisibile (Bowker, Leigh Star, 2002). Allo stesso modo i processi di classificazione degli ambiti di rischio, che hanno cominciato a fiorire sin dai primi anni Sessanta all'interno delle imprese belliche, industriali e delle aviazioni civili, presuppongono sempre delle dinamiche sociali intricate che coinvolgono istituzioni, esseri umani e testi scientifici, allineati insieme allo scopo di tradurre i rischi in variabili. Le procedure di classificazione delle organizzazioni ad alto rischio rappresentano una riuscita connessione semantica tra i concetti di danno potenziale, di effetto collaterale e di evoluzione tecnologica. Tale connessione configura una particolare logica causale, secondo la quale la genesi dei rischi più elevati è imputabile alla tecnologia che i sistemi rischiosi utilizzano nel loro processi produttivi di beni e servizi. All'interno di queste strutture gli errori umani, e gli incidenti organizzativi che da essi dipendono, sono inevitabili e diventa quindi importante per il management e per gli operatori sviluppare dei criteri di gestione per comprendere dove si annidano le fonti delle minacce e come migliorare i sistemi di controllo del rischio (Weick, 1993).

Lo sviluppo di una funzione manageriale devoluta all'attivazione della *risk analysis* in campo medico/assistenziale ha subito una forte accelerazione

nel momento in cui anche gli ospedali e le altre organizzazioni cliniche sono state annoverate nella lista delle organizzazioni ad alto rischio.<sup>4</sup> Gli ospedali producono rischi e danni allo stesso modo (e addirittura con più frequenza) di portaerei e di centrali nucleari (Weick, Sutcliffe, 2003). Il processo di classificazione delle strutture ospedaliere come organizzazioni ad alto rischio si è realizzato per la prima volta negli Stati Uniti attraverso la messa in pratica di un progetto di ricerca pionieristico sulla mappatura dei rischi negli ospedali.

Un gruppo di ricercatori di Harvard, sollecitato dal clima di denuncia da parte delle assicurazioni dei danni subiti dai pazienti, ha attivato nel 1984 (e pubblicata per intero nel 1991) un importante progetto di mappatura dei casi di incidente generati dalla pratica medica: si tratta del primo lavoro sviluppato in questo senso. La ricerca, conosciuta anche come *Harvard Medical Practice Study*<sup>4</sup> si è basata sulla revisione statistica di ben 30.195 cartelle cliniche contenute nel database sanitario generale dello Stato di New York e scelte a caso dai ricercatori.

I ricercatori sono riusciti a ricostruire una prima connessione logico-statistica, mai suffragata in precedenza, tra i danni subiti e dichiarati dai pazienti e le pratiche assistenziali a cui erano stati sottoposti e che venivano descritte nelle loro cartelle cliniche. L'incidenza statistica che emergeva tra pratica medica e danneggiamento psico-fisico dei pazienti era tale per cui su quasi tre milioni di assistiti ben centomila casi evidenziavano la presenza di eventi dannosi. Tra quest'ultimi quasi trentamila erano stati causati da una qualche forma di negligenza o disattenzione del personale sanitario (Brennan *et al.*, 1991).

4. Il titolo completo è in realtà *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study* (Brennan *et al.*, 1991).

Fig. 1 - Suddivisione degli eventi avversi per unità specialistiche (Brennan et al., 1991)

Specialty	Rate of adverse events		Rate of negligence	
	Mean (SE) %	Population estimate	Mean (SE) %	Population estimate
Orthopedics	4.1 (0.6)	6746	22.4 (4.7)	1514
Urology	4.9 (0.8)	4819	19.4 (6.5)	933
Neurosurgery	9.9 (2.1)	2987	35.6 (8.6)	1063
Thoracic and cardiac surgery	10.8 (2.4)	3588	23.0 (9.3)	826
Vascular surgery	16.1 (3.0)	3187	18.0 (8.1)	575
Obstetrics	1.5 (0.2)	5013	38.3 (7.0)	1920
Neonatology	0.6 (0.1)	1713	25.8 (6.9)	442
General surgery	7.0 (0.5)	22324	28.0 (3.4)	6247
General medicine	3.6 (0.3)	37135	30.9 (4.4)	11475

Il lavoro di Harvard è stato soltanto un primo tentativo per determinare l'estensione epidemiologica dei fenomeni di danneggiamento dei pazienti, ma ha rappresentato agli occhi dei ricercatori e degli osservatori sanitari quella traccia mancante tra presunto errore medico ed eventi incidentali denunciati dalle assicurazioni. Questa connessione tra errori medici ed incidenti si è tramutata di seguito in quell'intermediario importante, il *risk management*, che ha aperto da un lato, allo studio degli errori umani in campo ospedaliero e dall'altro all'ideazione e la costruzione di programmi di gestione del rischio traslati dal campo dell'industria privata a quello clinico e sanitario.

La valenza dello studio di Harvard ha sancito una prima legittimazione dell'utilizzo delle tecniche statistiche in campo clinico, per comprendere come e secondo quali processi i medici venivano messi nelle condizioni di commettere errori e causare danneggiamento ai pazienti. La pratica medica veniva assoggetta al controllo del calcolo probabilistico sul rischio e si confermava la possibilità di classificare le pratiche assistenziali in base alla loro presunta rischiosità, mediante la costruzione di indici numerici facilmente confrontabili fra loro. Allo stesso modo le pratiche mediche venivano raggruppate per am-

biti di specialità e finalmente i ricercatori americani poterono ottenere una mappatura dettagliata sulle aree assistenziali, dove con maggior frequenza gli errori sembravano realizzarsi (vedi fig. 1).

La riuscita di questo processo ha associato insieme oggetti disparati come cartelle cliniche, formulari statistici, teorie di calcolo del rischio e ha permesso all'Harvard Study di essere accolto quale modello di ricerca esportabile per gli studi sull'errore medico in altri ambiti, in particolare quelli assicurativi.

La metodologia di ricerca utilizzata dagli americani si è tramutata in un vero e proprio oggetto di scambio tra le diverse organizzazioni operanti nel campo sanitario non soltanto statunitensi bensì internazionali. Il modello dell'Harvard Study è stato imitato nel 1994 in Australia ed è stato ripreso successivamente nel 2001 sia in Nuova Zelanda (Davis *et al.*, 2001) che in Gran Bretagna (Vincent *et al.*, 2001) (vedi fig. 2).

A seguito alla ricerca di Harvard le organizzazioni ospedaliere sono state etichettate come organizzazioni ad alto rischio, dove in alcune aree assistenziali specifiche sembravano esistere dei fattori che implicavano un'alta frequenza di incidenti ed errori medici.

In Italia una recente ricerca curata da Costantino Cipolla (2004) ha rileva-

Fig. 2 - Frequenze degli errori medici rilevati negli altri contesti internazionali che hanno adottato il modello di ricerca dell'Harvard Study (OMS, 2005)

Casi rilevati	Incidenza dei casi USA, 1984	Incidenza dei casi Australia, 1995	Incidenza dei casi New Zeland, 2001	Incidenza dei casi UK, 2001
Eventi avversi	3,7%	16,6%	12,9%	10,8%
Eventi avversi prevenibili	58%	53%	35%	47%
Mortalità	13,6%	4,9%	15%	8%
Spesa miliardi/anno	nn	\$4,7	nn	\$1

to che la quasi totalità dei casi di errore esaminati è costituita da prestazioni in regime di sanità pubblica, il 98% dei casi; mentre i responsabili oggetto di denuncia sono il personale medico (51,9%), la struttura (37,6%) e il personale infermieristico e tecnico (6,2%). Inoltre tale indagine ha verificato che i reparti critici dove si commettono più errori sono quello di oncologia (25%), il pronto soccorso (22,5%), e le chirurgia generale (14%).

Come hanno affermato Weick e Sutcliffe (2001) generalmente gli ospedali non si immaginano come strutture pericolose o immerse in ambienti ad alto rischio. Diventano tali quando su di esse si cominciano a costruire sistemi di calcolo e previsione del rischio, per cui le attività assistenziali sono connesse ai potenziali danni che possono subire i pazienti, proprio come è accaduto per la ricerca appena presentata.

Le strutture per l'assistenza sanitaria però sono alquanto differenti dagli altri sistemi industriali. Innanzitutto esse presentano una maggiore articolazione degli organigrammi professionali che non possono essere semplificati nella suddivisione tra medici ed infermieri, piuttosto sono composti da una lunga filiera di competenze tecniche, specialistiche, amministrative e manageriali che moltiplicano i centri decisionali e le aree di responsabilità delle pratiche

cliniche (Cicchetti, 2004). Inoltre le organizzazioni sanitarie sono caratterizzate da frequenti emergenze lavorative, che stringono gli operatori tra gradi di incertezza sempre più elevati, dovuti a richieste di interventi tempestivi e la conseguente vulnerabilità psicofisica dei pazienti. Diversamente dalle organizzazioni industriali più tradizionali, dove pochi individui sono chiamati ad offrire il loro lavoro a un ingente numero di fruitori, negli ospedali la logica di fornitura dei servizi cambia: il rapporto tra produttori e fruitori è di uno a uno, e generalmente si materializza nella relazione medico paziente. Nelle organizzazioni sanitarie la componente principale delle attività di assistenza è il lavoro umano perché *i clinici sono motivati dalla passione e sono emotivamente coinvolti [e] l'interfaccia principale tra medici, infermieri, e tecnici è sempre un'altra persona* (Albolino, 2006).

#### 4. Dall'analisi del rischio allo studio degli errori medici

Come abbiamo visto il modello di ricerca proposto dall'Harvard Study nel 1984 ha dato l'impressione di poter realizzare efficacemente la mappatura delle aree di rischio più frequenti riferite al contesto medico e ospedaliero.

Nel modello ancora non si ritrovano delle proposte specifiche per una tematizzazione sistematica del concetto di errore medico.

La classificazione delle diverse tipologie di errore ricorrenti nelle pratiche mediche è allora avvenuta di nuovo grazie alla connessione stabilitasi tra gli studi di *management* sanitario con la letteratura sociologica e organizzativa, che ha realizzato la mediazione necessaria affinché gli errori medici fossero riconosciuti come oggetti di rischio, e affinché si potessero identificare delle tecniche manageriali per la loro gestione.

Il discorso sugli errori umani è stato affrontato in maniera sistematica da James Reason negli anni Novanta come ulteriore specificazione della teoria sull'affidabilità dei sistemi di sicurezza organizzativi. Secondo Reason e i suoi epigoni gli errori umani sono la fonte principale degli incidenti nelle organizzazioni e le organizzazioni diventano altamente affidabili, quando riescono a controllare la probabilità che gli errori vengano commessi.

L'accelerazione del processo di etichettamento degli errori medici come il problema centrale del mantenimento della sicurezza dei pazienti, è avvenuta grazie alla diffusione capillare nel campo sanitario del modello sviluppato da Reason nel 1994 del *formaggio svizzero* (*Swiss Chess*) per lo studio sulla rischiosità delle organizzazioni complesse.

L'immagine delle fette di formaggio e dei loro tipici buchi, espressione metaforica delle falle organizzative del management per il mantenimento della sicurezza, più di ogni altro testo scientifico è stato in grado di catalizzare l'attenzione generale, radicandosi nell'immaginario collettivo di managers e ope-

ratori sanitari. Secondo questo modello, la possibilità che un incidente accada dipende da una *traiettoria di opportunità* (Reason, 1994; Catino, 2002) che, partendo dalle decisioni errate operate ai livelli gestionali, attraversa tutto il sistema e ne supera le difese, fino a generare l'incidente. La traiettoria di opportunità si sviluppa attraverso l'interazione tra fattori latenti, connaturati nell'organizzazioni come elementi patogeni residenti (Reason, 1990) e fattori attivi innescati dagli operatori che lavorano sui processi produttivi i quali danno origine e direzione alla traiettoria.

Nell'ottica proposta da Reason gli errori clinici si producono perché i medici (e il resto della loro *équipe*), per una qualche ragione, deviano dalle pratiche standardizzate violando le regole e le norme che disciplinano tale standardizzazione. Il concetto di rischio rappresenta l'opportunità negativa che questi errori si realizzino, espressa in termini probabilistici<sup>5</sup>.

Il fallimento della pianificazione di cura stabilita dai medici rappresenta la causa principale dei loro errori e può riguardare tanto le pratiche diagnostiche quanto quelle terapeutiche e di prevenzione (Kohn *et al.*, 2000). In campo clinico l'errore medico è connesso al concetto di evento avverso che identifica tutte quelle lesioni provocate ai pazienti per effetto non voluto delle pratiche assistenziali. Il loro carattere di azione non intenzionale distingue il significato di evento avverso da quello giuridico di dolo, che sottolinea invece la volontà di apportare un danneggiamento o una morbosità a qualcuno (Kohn *et al.*, 2000). La distinzione semantica dei due termini non è soltanto un caso di sottigliezza giuridica, ma in-

5. Il termine errore si riferisce a *tutte quelle occasioni in cui una sequenza pianificata di attività fisiche e mentali non riesce a raggiungere i risultati voluti e quando tali insuccessi non possono essere attribuiti ad un qualche effetto del caso* (Reason, 1994).

tende identificare la natura spesso invisibile degli eventi avversi e la loro non facile riconoscibilità, all'interno delle attività di cura e delle pratiche lavorative che le connotano. Non sempre infatti gli errori medici sono facilmente identificabili e non sempre causano dei danneggiamenti macroscopici ai pazienti. Piuttosto, come ha più volte rilevato Weick (1993), gli errori scaturiscono dalla mancanza di attenzione per i piccoli fallimenti organizzativi che potrebbero essere facilmente prevenuti, che nelle routine quotidiane sono considerati spesso o una normalità (Vaughan, 2005), oppure degli avvenimenti di poco conto (Weick, Sutcliffe, 2001).

Secondo la recente logica di gestione del rischio, individuata per far fronte ai danni commessi nella pratica clinica, il successo della misurazione degli errori medici dipende dall'impegno del *management* di collezionare (e di riflettere su) quante più informazioni possibili sull'ambiente organizzativo circostante. In questo modo si cerca di prendere in considerazione tutte le incertezze ambientali che possono influenzare negativamente i fini dell'organizzazione. Tutte le informazioni sono poi selezionate accuratamente per costruire una tipologia degli errori e tramutarle in classificazioni dei rischi, in grado di supportare i decisori per raggiungere i propri obiettivi di sicurezza. In un'ottica cibernetica la classificazione degli errori medici e il loro riconoscimento si realizzano soltanto mantenendo in una sorveglianza continua le componenti del proprio sistema organizzativo, che permette a medici ed infermieri di monitorare le attività del proprio lavoro e quello dei colleghi, sviluppando quelle attività pratiche

per correggere in tempo le eventuali distorsioni (Hutter, Power, 2005).

Secondo gli studi finora citati, gli errori medici appaiono come fattori connaturati ai processi organizzativi che caratterizzano le strutture sanitarie e non possono essere elusi del tutto. Con ciò si dice che gli errori non sono eliminabili ma possono diventare gestibili. La managerializzazione degli errori presupporrebbe la stretta correlazione tra la tendenza degli esseri umani a commettere delle violazioni alle norme sulla sicurezza e le caratteristiche dei processi dell'organizzare, che a volte possono proseguire solo se si deroga dalle norme e dai regolamenti vigenti<sup>6</sup>. Quindi, secondo la teoria dell'errore, l'unico modo possibile per ridurre la rischiosità degli errori umani – espressa in termini di estensione del danno arrecabile e della frequenza con il quale esso è reiterato – è quello di utilizzare gli strumenti e le metodiche disponibili per l'analisi del rischio.

L'idea di fondo della gestione manageriale degli errori umani è che questi ultimi possono essere tradotti in azioni di routine, in dati catalogabili e in formule legislative, che conferiscono una particolare identità e forma ai fenomeni ignoti e ne presuppongono l'addomesticamento. Le ricerche epidemiologiche come quelle di Harvard confermano che i danni ai pazienti sono connessi agli errori medici, e solo dopo un'intensa attività di classificazione gli errori sono stati tradotti nella categoria del rischio clinico. Solo allora gli errori diventano degli oggetti sottoposti alle tecniche di controllo manageriale. A loro volta l'ideazione di campagne pubbliche di prevenzione dei rischi, che si sono mol-

6. Vedi i casi studiati da Pipan (1996) e da Caprari (2003) sul lavoro dei medici nel reparto di gastroenterologia, primo caso, e nel reparto di pediatria, nel secondo. Inoltre si vedano anche i lavori di Pope (2002) sul lavoro dei chirurghi e di Vaughan (2005) sulle violazioni esplicite commesse dai controllori di volo.

tiplicate via via sullo scenario mediatico, ha associato al tema del rischio clinico un eterogeneo gruppo di soggetti politici, nonché di apparati statali centrali che hanno introdotto la questione degli errori medici tra i temi centrali dell'agenda pubblica (Power, 2004).

Nel caso degli errori medici lo scarto tra le richieste della pubblica utenza di prestazioni sicure e di qualità alle amministrazioni sanitarie statali (ma anche private) e le scarse performance restituite dai medici, ha costituito un'ulteriore fonte di rischio per la reputazione dello Stato, per l'immagine dei suoi organi istituzionali e per il grado di fiducia che i cittadini hanno sviluppato nei suoi confronti. L'esigenza di salvaguardare i riflessi negativi del servizio sanitario pubblico può spiegare la proliferazione delle agenzie governative, nate sia per gestire i rapporti tra i cittadini e le professioni sanitarie, sia per individuare le responsabilità in caso di eventi avversi, incidenti, malfunzionamenti tecnologici<sup>7</sup>. Queste agenzie non hanno fatto altro che amplificare il raggio d'azione delle funzioni aziendali di gestione dei rischi, proponendo nuovi modelli organizzativi basati sul controllo degli eventi avversi e degli errori medici, fino a che ogni ambito della pratica assistenziale e clinica si è tramutato in una potenziale fonte di rischio da gestire. Così la crescente diffusione delle agenzie attive nel campo della definizione degli standard sanitari, delle linee guida per la pratica medica e dei criteri di

classificazione della sicurezza dei pazienti ha contribuito al rapido radicamento di una nuova funzione organizzativa di gestione del rischio nelle organizzazioni sia pubbliche sia private (Gregis, Marrazzi, 2003; Power, 2004).

Le organizzazioni ospedaliere di tutto il mondo hanno cominciato a subire una pressione istituzionale sempre più marcata, affinché si conformassero agli standard di sicurezza proposti, attraverso le attività consulenziali di nuovi *professional* esperti di rischio e di controllo degli errori medici. Tali esperti si stanno consolidando nel campo sanitario attraverso l'etichetta di *risk manager*, ma accade spesso che in realtà si tratti di nuove etichette professionali assunte per identificare (soprattutto nel caso italiano) le tradizionali professioni sanitarie come quelle dei medici legali, degli psicologi clinici, dei medici igienisti, accostatisi ai temi della gestione del rischio o per normativa o per interesse personale (Guarino, 2006). I nuovi *risk manager*, reclutati negli apparati amministrativi dello Stato o direttamente negli staff dei quadri nelle aziende sanitarie, sono riusciti a dimostrare come ogni modello organizzativo clinico può essere migliorato o sostituito attraverso il loro intervento e le loro conoscenze. Tale corpus di conoscenze si è sedimentato e arricchito nel corso degli ultimi dieci anni, attraverso la partecipazione ad incontri istituzionali quali conferenze e *workshop*, organizzate sempre più di frequente nel mondo intero<sup>8</sup> sul tema degli errori medici.

7. Si pensi al caso delle Agenzie Sanitarie Regionali in Italia, e in campo internazionale le direttive proposte dell'ISO (direttive ISO9000) un organismo istituzionale preposto alla definizione degli standard industriali e commerciali a livello mondiale. Inoltre, sempre in America, è attiva da più di vent'anni la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) nel campo della valutazione qualitativa dei servizi sanitari, in quello della consulenza e della formazione professionale clinica.

8. In Italia gli eventi più eclatanti di questo tipo sono stati organizzati nell'ordine: nel 2004 con la prima *Consensus Conference* sul rischio clinico (Roma); nel 2005 con la conferenza dell'Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente (AMAMI). Dalla

Durante questi tipi di incontri, e grazie anche alla pubblicazione di articoli e di rapporti di ricerca, i managers del rischio hanno potuto estendere la propria rete professionale e, in alcuni casi, si sono costituite nuove comunità di pratica nella campo della sicurezza clinica. Attraverso questo incessante processo di *networking* della conoscenza, le attività degli esperti hanno fatto sì che le tecniche di gestione del rischio siano state esportate fuori dagli ambiti accademici, per essere “vendute” alle organizzazioni come le pratiche migliori.

La metafora della moda organizzativa enfatizza la natura paradossale del rischio clinico: esso è presentato come la *naturale* evoluzione delle tecniche di miglioramento delle performance organizzative del passato, ma al tempo stesso rappresenta un punto di rottura con la tradizione manageriale e si presenta come la soluzione più innovativa sia per le imprese sia per il settore pubblico. La nuova moda del controllo sugli errori medici rappresenta un mito istituzionale al quale conformarsi, per allinearsi con le altre organizzazioni considerate leader all'interno del proprio campo organizzativo, ed ottenere dalle istituzioni stabilità e legittimazione (Czarniawska, Joerges 1990).

### **5. L'idea di Risk Management modifica la relazione medico-paziente**

È stato affermato che gli errori umani sono una caratteristica costitutiva delle attività mediche di cui una componente importante è la sperimentazione. Le strategie di apprendimento attraverso prova ed errore sono la pratica comune sviluppata nella performance mediche (Gawande, 2005), ma hanno

una diretta ripercussione sulla relazione che si instaura con i pazienti. Nonostante la relazione medico-paziente spesso venga letta come un rapporto contrattuale privato per cui il medico è il mandatario del paziente che intende essere guarito, in realtà tale rapporto coinvolge dei livelli di responsabilità ben più ampi. Tre sono i livelli di responsabilità medica nei confronti dei propri pazienti e cioè responsabilità professionale, sociale e umana (Vicarelli, 2006).

Nella responsabilità professionale si incontrano sia le reti sociali di appartenenza del paziente ovvero come la famiglia, la comunità di appartenenza, sia le interazioni che caratterizzano il lavoro e l'identità del medico che incorporano elementi professionali, istituzionali e associativi. L'appartenenza a questi molteplici campi di azioni dei medici e dei pazienti incide nella relazione terapeutica. Così come le politiche sanitarie e sociali possono incidere sulla riuscita dell'interazione tra operatori sanitari e pazienti nei contesti organizzativi in cui si realizzano le pratiche di cura.

Il medico è uno degli intermediari attraverso il quale si materializzano i discorsi politici di salute pubblica, ed investono campi di azioni che oltrepassano l'ambito della salute individuale e collettiva, giungendo alle generazioni future. Le scelte decisionali dei medici rappresentano il fulcro del contratto sociale che la medicina ha sottoscritto con la società contemporanea e che è il presupposto degli attuali sistemi di welfare: farsi carico socialmente della cura della malattia in cambio del monopolio del sapere e della prassi scientifica in campo sanitario (Freidson,

*vocazione alla Inquisizione* (Roma); nel 2006 con il *Primo Workshop Internazionale di Clinical Risk Management* (Arezzo); nel 2006 e nel 2007 in occasione del *Forum della Pubblica Amministrazione* (Roma).

2002). È a questo livello che pesano scelte istituzionali relative ai modelli di *welfare*, connesse al coinvolgimento sociale che ogni paese ha deciso di darsi in termini di trasparenza organizzativa, di gestione e controllo delle scelte e delle decisioni cliniche.

Eppure sino ad oggi, nonostante si sottolinei la multilateralità delle responsabilità mediche sui pazienti e sulle istituzioni sociali a cui appartengono come cittadini, il processo di scientificizzazione perfetta della medicina (Beck 2000) ha fatto in modo che le attività di coloro che la esercitano siano valutabili soltanto all'interno della corporazione professionale medesima. Il carattere della medicina come scienza autoreferenziale ha fatto sì che nell'epoca moderna, solo la disciplina medica può giudicare se stessa e decidere sui suoi sviluppi. A meno che non venga riconosciuta in ambito giuridico una negligenza colposa del medico nei confronti delle scelte di cura per i pazienti, i rischi di tali scelte hanno sempre esulato dalla pratica professionale, e sono stati classificati tradizionalmente come *alea terapeutica*. Nel linguaggio comune i rischi di questo tipo sono etichettati come "complicazioni" (Gawande, 2005), e dipendono dalla degenerazione imprevista delle condizioni fisiologiche degli assistiti, già compromesse da eventi precedenti (malattie croniche, evenienze accidentali) e non dal processo di cura. Gli eventi invece che esulano dall'*alea terapeutica* possono dipendere da fattori organizzativi come le carenze nelle dotazioni tecnologiche medicali, l'esiguità del personale, le scelte economiche di politica aziendale. Sono tutti fattori che i medici considerano al di fuori della loro competenza clinica, e che sono perciò demandati

all'ambito manageriale. Questa sorta di scorporazione degli eventi avversi di natura organizzativa dalla pratica medica è stata favorita dalla scelta delle organizzazioni sanitarie di esternalizzare i rischi attraverso la stipula di polizze per la copertura economica degli eventuali danni, offerte dalle assicurazioni sia ai pazienti sia ai medici. Ma a seguito dei processi di managerializzazione dei sistemi sanitari (Giarelli, 2003) e del fallimento della logica assicurativa, i medici si sono dovuti adeguare a un generale riassetto del loro lavoro clinico.

Le generazioni attuali di cittadini non solo sono più colte ed istruite, non solo possiedono maggiori informazioni, ma condividono un'idea di salute che le porta ad esprimere una domanda ampia, complessa e per certi versi emozionale, carica cioè di significati e simboli legati alla loro stessa identità (desiderio di salute totale). Nello specifico il medico di fronte alle altre fonti di cura offerte dalla cosiddetta medicina alternativa diviene uno dei tanti e possibili operatori della salute *con il quale il cittadino può instaurare più che una relazione fondante e duratura una connessione efficace che può essere aperta e chiusa rapidamente* (Vicarelli, 2006).

Oggi il medico delle società contemporanee ha riconosciuto i propri limiti e la mancanza di risposte adeguate e debolmente integrate con altri operatori, attivi nel campo sanitario (Vicarelli, 2004)<sup>9</sup>. In altri termini i pazienti iniziano a rendersi conto che è impossibile che il loro medico possa mantenere il controllo totale sia sull'ambito delle conoscenze scientifiche sia sulla prassi terapeutica. I pazienti acquisiscono un'autocoscienza del proprio stato pa-

9. Attualmente nel sistema Sanitario Nazionale Italiano sono individuabili almeno trenta professioni sanitarie diverse, tuttora in cerca di legittimazione e di autonomia dalla professione prettamente medica.

tologico ancora prima di contattare il proprio specialista di fiducia. Così si realizza concretamente quel processo di cura partecipata di cui parlava lo stesso Beck (2000) nella sua analisi sulla medicina moderna. I cittadini del XXI secolo infatti sono più colti ed istruiti dei loro predecessori, hanno appreso la capacità di reperire informazioni sulla propria salute non solo dalla figura medica di riferimento, ma all'interno di una vasta rete di saperi e comunità di esperti, facilmente accessibili oggi grazie alle tecnologie della comunicazione (rete internet). Di fronte al desiderio di salute e sicurezza totale il medico delle società postmoderne riconosce i propri limiti e l'indisponibilità cognitiva di risposte adeguate alle domande espresse dai pazienti, soprattutto laddove gli è richiesta l'attuazione di pratiche assistenziali immuni da fallimenti ed errori.

L'unicità esclusiva del rapporto del medico con i pazienti viene a mancare nei momenti in cui, paradossalmente, si amplificano i confini della pratica terapeutica, investendo ambiti organizzativi e manageriali che prima, come abbiamo detto, erano esclusi dalla competenza clinica. I confini del campo di esercizio della professione medica allora si fanno più incerti di fronte a dei cittadini sempre più esperti ed *impazienti* (Cavicchi, 2005) e sotto la spinta di continue trasformazioni politiche e organizzative dei sistemi sanitari pubblici.

Nel momento in cui si assiste a un progressivo allontanamento dalle tradizionali forme di relazione, sia da parte degli operatori sanitari sia da parte dei cittadini, possono emergere fattori di conflitto e di mancanza di fiducia reciproca. La cornice simbolica "nemico-amico" (Pipan, 1996) potrebbe diventare la cornice entro la quale sarebbe possibile interpretare (almeno in parte) l'emergenza degli errori medici e la

proliferazioni delle denunce dei pazienti. La distanza dal paziente, la separazione, la non comunicazione alimentano un disagio personale e collettivo dei medici conseguente all'erosione della propria identità professionale, ancorata alla managerializzazione del proprio ruolo per decreto (Marcon, Panozzo, 1998), che entra in competizione con quello di altre specialità non tradizionalmente sanitarie. Sono questi i fattori che possono aver minato le basi della fiducia relazionale del rapporto medico-paziente che hanno causato l'impennata progressiva delle denunce dei cittadini per gli errori commessi dagli operatori sanitari.

Il problema degli errori medici è connesso quindi anche dal venir meno della fiducia nella relazione che legava in precedenza i sistemi assistenziali ai cittadini. Si intende con ciò quella assunzione di affidabilità che rende possibile alle persone accettare dei rischi e intraprendere insieme corsi di azioni dall'esito incerto. La fiducia, afferma Giddens (1994), è l'elemento morale che coinvolge a vari livelli le persone, i ruoli, le istituzioni, i prodotti, i sistemi esperti e l'ordine sociale nel suo complesso. Se essa manca allora tutti gli attori della rete sociale iniziano a percepire un grado crescente di esposizione ai rischi, scelgono di intraprendere strategie nuove – ancora inesplorate – alla ricerca di soluzioni per creare nuove reti sociali e organizzative, indirizzate alla riduzione delle ansie e delle insicurezze (Castel, 2004; Bauman, 2005).

### **Conclusioni: la gestione del rischio tra isomorfismo normativo e innovazione organizzativa**

La managerializzazione dei rischi rappresenta la significazione del rischio quale variabile aritmetica da poter misurare, controllare e in definitiva elude-

re dalle routine lavorative. Si tratta di un processo che è stato avviato molto tempo addietro, con lo sviluppo del mercato assicurativo, e che è durato sino ad oggi coinvolgendo anche lo stesso ambito della sanità. Sebbene la logica di esternalizzazione del rischio si stia rivelando poco efficace in ambito sanitario, sono sempre le strategie assicurative che dettano l'agenda e le politiche organizzative in materia di sicurezza clinica, con l'effetto principale di produrre nuove strutture, reti organizzative e altrettanti tentativi di misurazione del rischio.

Dalla metà degli anni Novanta si assiste alla produzione di una vasta letteratura manageriale che predica le innumerevoli possibilità tecniche di calcolare e fronteggiare i rischi, come risposta al proliferare delle denunce dei pazienti per cattiva pratica medica (in inglese: *malpractice*). Allo stesso tempo si sono moltiplicati i dibattiti tra gli esperti in materie di rischi e di sicurezza sulle cause degli errori medici che avversano le pratiche cliniche. Nuove competenze professionali sono emerse sulla scena manageriale e consulenziale (i *risk manager*), che propongono, attualmente, dei modelli alternativi per organizzare l'assistenza medica. Alle organizzazioni sanitarie è stata così offerta l'opportunità di ridefinire sia le loro strategie aziendali sia di orientare verso percorsi nuovi i loro sistemi culturali e di valore (Power, 2004), attraverso l'adozione della nuova funzione gestionale.

Il processo di managerializzazione dei rischi è sostenuto da una rete di relazioni comunicative, attivata da diversi soggetti che afferiscono a realtà organizzative e istituzionali eterogenee (agenzie governative, istituzioni nazionali ed sovra nazionali). Tali soggetti hanno uno status ontologico molto variegato (Latour, 1998) trattandosi di managers, analisti medici, epidemiologi, testi legislativi, tecniche di gestione

aziendale, conoscenze scientifiche. Nonostante questa eterogeneità gli attori indicati sono stati coinvolti pian piano in una rete coerente di interazioni pratiche e comunicative (Nicolini, 2001) e alla fine hanno raggiunto quel grado di coordinamento che ha reso possibile la precisazione del concetto di errore medico in quello di rischio clinico. Nel processo di connessione le relazioni tra gli attori hanno raggiunto una stabilità tale da creare un sistema riconoscibile di linguaggi, tecniche e conoscenze esperte etichettato come *Clinical Risk Management*.

Al momento gli sviluppi del discorso sulla presunta gestibilità degli errori medici hanno riprodotto, sotto aspetti diversi, il tradizionale mito del controllo manageriale, già studiato negli anni precedenti dalla sociologia organizzativa. Il mito del controllo razionale si è poi esteso a tutti quegli ambiti professionali, tipicamente autoreferenziali e chiusi sinora alle ingerenze esterne, come la corporazione medica. L'egida di razionalità del rischio si è materializzata nell'idea che anche gli errori dei medici possono essere dei fenomeni assoggettabili alla gestione manageriale, e così il processo di traslazione del rischio quale oggetto associato alle azioni dei *manager* si è temporaneamente stabilizzato.

Una domanda che questa riflessione può suscitare è se al momento stiamo assistendo allo sviluppo di un effettiva innovazione organizzativa delle pratiche assistenziali oppure se si tratta di un processo di mutamento delle retoriche dell'innovazione (Battistelli, 2000) inerenti la sicurezza clinica. Il paradosso che si rileva è che i tentativi di modificare le pratiche assistenziali odierne, per renderle esenti dagli errori, non stia facendo altro che confermare le retoriche manageriali tradizionali. I proclami retorici, inerenti il rinnovamento organizzativo, espressi dai vertici

aziendali spesso cominciano a proliferare subito dopo che nelle organizzazioni sono accaduti eventi drammatici (Turner, Pidgeon, 2001). Così il discorso del rinnovamento delle pratiche lavorative si riduce alla fine nella introduzione di altre funzioni aziendali.

La moda del *risk management* estende socialmente i confini di applicazione del controllo tecnico dei rischi, fino a che ogni ambito della vita sociale e organizzativa risulta essere leggibile attraverso la metafora del rischio come oggetto matematico, calcolabile e gestibile.

In accordo con Hutter e Power (2005) per il management sanitario e per i decisori politici il rischio clinico rappresenta una fonte appetibile, perché di fatto realizza e amplifica il loro controllo sui comportamenti delle organizzazioni sanitarie, cercando di influenzarne le attività per renderle congruenti con gli scopi stabiliti dall'agenda istituzionale. La ricerca di metodi innovativi per la gestione dei rischi rappresenta un'ulteriore spinta affinché le organizzazioni si conformino isomorficamente tra di loro (Powell, Di Maggio, 2000) e con gli obiettivi di politica pubblica inerenti la qualità e la sicurezza assistenziale. Uno degli effetti collaterali del processo isomorfo potrebbe essere però il depotenziamento del processo di responsabilizzazione e di trasparenza dei decisori nei confronti dei cittadini, quando sono chiamati ad effettuare delle scelte sulle materie che riguardano la salute<sup>10</sup> (Power, 2004).

Ma i processi imitativi non sono puramente meccanici, né meramente coercitivi (Sevòn, 1996). Piuttosto le organizzazioni hanno la capacità di resistere alle innovazioni programmate

dalle istituzioni a livello normativo, immobilizzando il mutamento prospettato, oppure rielaborandolo in soluzioni alternative. Per dirla con Sahlin-Andersson (1996), quando le organizzazioni si avviano all'interno di percorsi imitativi non adottano passivamente concetti e modelli definiti e diffusi a livello macro-sociale. L'abilità delle organizzazioni di mantenere inalterata la propria identità locale, e le pratiche lavorative ad essa ancorata, risiede nella loro capacità di rielaborare le idee e i concetti provenienti dal campo locale (Czarniawska, Sevòn, 2005). Così accade che nuovi significati sono associati alle routine operative già consolidate, oppure sono attivamente rifiutati dagli attori organizzativi.

Nel recente processo di avvio della managerializzazione del rischio si afferma che le cause degli incidenti e degli errori non sono da ricercare nelle attività dei singoli operatori (logica del capro espiatorio o *blaming*), ma piuttosto nel sistema organizzativo. Tuttavia spostare l'attenzione esclusivamente sulle dinamiche lavorative collettive, o alternativamente su un meta sistema manageriale non meglio precisato, potrebbe essere tradotto dai singoli operatori come un alibi per non attivare quella riflessività necessaria nei contesti ad alto rischio quali sono gli ospedali. Se le cause degli errori medici sono da ricercare nel modo di costruire l'organizzazione, esso non può prescindere da coloro che ne orientano il decorso attraverso le decisioni che il ruolo ricoperto esige (quali i medici, i direttori generali, i direttori sanitari). Se il problema degli errori medici è stato rappresentato nella letteratura scientifica e organizzativa come un problema

10. Ad esempio, si faccia riferimento, alle analisi di Power e prima ancora di Beck che rilevano una scarsa trasparenza democratica delle attività degli stati europei e della stessa Comunità Europea, nei confronti dei rischi sanitari, delle epidemie, delle catastrofi ambientali accaduti negli ultimi venti anni.

manageriale, allora chi è tradizionalmente destinato a stabilire le priorità della pratica clinica, ovvero gli stessi medici<sup>11</sup>, dovrebbe innanzitutto essere coadiuvato nel processo di identificazione del proprio ruolo con quello del *manager*, e non solo con il ruolo di scienziato clinico.

I processi normativi, attraverso i quali è stata attivata la trasformazione aziendalistica della sanità pubblica occidentale, hanno riconosciuto i medici come i decisori delle modalità di organizzare il lavoro clinico, e hanno annoverato tra le loro competenze anche quelle tipicamente manageriali. Però, come è stato affermato da Vicarelli (2004) per il caso italiano, la maggioranza dei professionisti medici non ha recepito affatto l'identità manageriale stabilita per decreto, perché è venuto a mancare un percorso di ri-definizione culturale e formativa della professione in termini di capacità di gestione delle risorse organizzative e non solo di decisioni cliniche.

Misurare il rischio della pratica clinica ed imitare le tecniche di prevenzione degli errori, inventate nel campo manageriale sanitario, non è sufficiente per garantire l'incolumità dei pazienti né per riorientare l'identità professionale degli operatori sanitari verso una rinnovata cultura della sicurezza organizzativa.

Il successo della creazione e della diffusione di una cultura del rischio non risiede dunque in un imprecisato limbo organizzativo, dove le azioni dei singoli sembrano doversi integrare tra

loro secondo un armonia prestabilita. La celebrazione di una cultura dell'affidabilità organizzativa (Rochilin, 1993) risiede nell'intenzione espressa da ogni operatore di disporsi cognitivamente e professionalmente a favore dell'incolumità dei pazienti. Se la logica espressa dalla teoria del *risk management* è quella di individuare i rischi per gestire la sicurezza (Pipan, 2008) dei pazienti, allora la progettazione delle strategie di prevenzione del rischio pone la necessità di modificare i particolari equilibri politici e strategici che connotano tutte le organizzazioni, a maggior ragione quelle sanitarie coinvolte da più di vent'anni in processi di ridefinizione delle proprie politiche assistenziali.

La capacità delle singole organizzazioni di orientarsi all'interno del processo di istituzionalizzazione di un campo organizzativo del rischio e sviluppare corsi di azione locale specifici, risiede nella fluidità sociale che caratterizza le loro attività. La natura fluida delle connessioni che caratterizzano i *network* a livello microrganizzativo stempera la forza delle pressioni istituzionali, cosicché le organizzazioni sono in grado di perseguire finalità proprie soprattutto in contesti caratterizzati da incertezza e turbolenza (Goodrick, Salancik, 1996). Di fronte alle spinte isomorfiche, provenienti dal campo istituzionale del rischio clinico, le singole organizzazioni sanitarie possono anche tentare di intraprendere dei percorsi di innovazione alternativi, magari senza realizzarli così come sono stati progettati.

11. A questo proposito Caprari, nel corso della sua ricerca di dottorato, ha studiato etnograficamente la pratica della gestione del rischio nelle sale operatorie di un grande ospedale romano. Nella ricerca si ravvisava la facoltà delle decisioni dei singoli primari di influenzare l'intero corso di azioni all'interno delle *ruotine* chirurgiche quotidiane. Questa facoltà diventava ancora più evidente nel momento in cui le decisioni dei chirurghi deviano deliberatamente dalle procedure di controllo dei rischi che dovevano essere attivate durante gli interventi, per poter conseguire più rapidamente gli obiettivi del programma operatorio quotidiano.

Gestire i rischi significa allora svolgere un'attività di persuasione delle persone anche a livello soggettivo, che richiede azioni sociali, politiche, materiali e simboliche (Latour, 1998). Tutto questo necessita di negoziazioni continue che possono produrre ritardi e deviazioni dall'obiettivo, slittamenti di significato o sviluppi di nuovi obiettivi. Interrogarsi maggiormente sulla natura sociale di questi processi potrebbe rappresentare un ulteriore passo decisivo per contrastare gli errori medici.

#### Bibliografia di riferimento

- Albolino S. (2006). *Sensemaking to succeed in uncertain organizational settings. How to get everyone on the same page in the Intensive Care Unit*, Progetto Qua-SI, Università degli Studi di Milano-Bicocca, a.a. 2005-2006
- Appignanesi R. (2003). Una Sanità sicura?, *Malato*, n. 13, Dicembre, pp. 98-107
- Battistelli B. (2002). "Managerializzazione e retorica". In: Battistelli F., a cura di, *La cultura delle amministrazioni fra retorica e innovazioni*, Milano: FrancoAngeli
- Bauman Z. (2003). *Fiducia e paura nella città*, Milano: Bruno Mondadori
- Beck U. (1986). *La società del rischio. Verso una nuova modernità*, Roma: Carrocci Editore
- Boholm A. (2003). The cultural nature of risk: can there be an anthropology of uncertainty?, *Ethnos*, Vol. 68, n. 2, pp. 159-178
- Bowker G.C., Leigh Star S. (2002). *Sorting things out. Classification and its consequences*, Cambridge: The MIT Press
- Brennan T.A., Leape L.L., Laird N.M. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard medical practice study, *English Medical Journal*, n. 6, pp. 324-370
- Caprari C. (2003). Etnografia di un servizio pubblico: una visita guidata tra infermieri e medici, *La critica Sociologica*, n. 148, pp. 39-52
- Castel R. (2003). *L'insicurezza sociale*, Torino: Einaudi
- Catino M. (2002). *Da Chernobyl a Linate. Incidenti tecnologici o errori organizzativi?*, Roma: Carrocci
- Cavicchi I. (2005). *Sanità. Un libro bianco per discutere*, Bari: Dedalo
- Censis, Assomedico, a cura di (2001). *Rischi ed errori nella sanità italiana. La gestione delle responsabilità nelle politiche assicurative per la salute*, Rapporto di Ricerca, Roma
- Cicchetti A. (2004). *La progettazione organizzativa. Principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, Milano: Franco Angeli.
- Cineas, a cura di (2000). *Quando l'errore entra in ospedale. Risk Management: perché sbagliando s'impara. Le mappe del rischio, i costi, le soluzioni*, Rapporto di ricerca, Roma
- Cinotti R., a cura di (2004). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*, Roma: Il pensiero scientifico editore
- Cipolla C., a cura di (2004), *Il contenzioso socio-sanitario. Un'indagine nazionale*, Milano: Franco Angeli
- Czarniawska B., Joerges B. (1990). "Venti di cambiamento organizzativo: come le idee si traducono in oggetti e azioni". In: Bacharach S.B., Gagliardi P., Mundell B., a cura di (1990). *Il pensiero organizzativo europeo*, op. cit., pp. 213-255
- Czarniawska B., Sevón G., a cura di (2005). *Global Idea, How Ideas, Objects and Practices Travel in the Global Economy*, Copenhagen: Copenhagen Business School Press
- Czarniawska B., Sevón G. (1996). *Translating Organizational Change*, Berlin: de Gruyter

- Foucault M. (1994). "La governa mentalità". In Dalla Vigna P., a cura di (1994). *Poteri e strategie. L'assoggettamento dei corpi e l'elemento sfuggente*, Milano: Mimesis
- Freidson E. (2002). *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Milano: FrancoAngeli
- Gawande A. (2002). *Salvo complicazioni. Appunti di un chirurgo Americano su una scienza imperfetta*, Torino: Internazionale
- Giarelli G. (2003). *Il malessere della medicina*, Milano: FrancoAngeli
- Giddens A. (1990). *Le conseguenze della modernità. Fiducia e rischio, sicurezza e pericolo*, Bologna: il Mulino
- Goodrick E., Salancik G.R. (1996). Organizational discretion in responding to institutional practices: hospitals and caesarean birth, *New York, Administrative Science Quarterly*, n. 41, pp. 1-28
- Gregis R., Marazzi L. (2003). *Il risk management nelle aziende sanitarie*, Milano: FrancoAngeli
- Guarino C. (2006). *Errori in sanità e efficacia delle politiche pubbliche. Il caso siciliano*. Paper presentato al Convegno Internazionale AIS-Sez. di Sociologia della Salute e della Medicina, "Salute e Diseguaglianze Sociali", Pescara
- Hilgartner S. (1992). "The social construction of risk objects: or, how to try open networks of risk". In: Short J.F., Clark L. (1992). *Organizations, uncertainties, and Risk*, San Francisco: Westview press
- Hutter B., Power M. (2005). *Organizational encounters with risk*, Cambridge: Cambridge University Press
- Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. (1999). *To err is human. Building a safer Health System*, Washington (DC): Washington National Academy Press
- Latour B. (1987). *La scienza in azione*, Torino: Edizioni di Comunità
- Luhmann N. (1991). *Sociologia del rischio*, Milano: Bruno Mondadori
- Lupton D. (1999). *Il Rischio. Percezione simboli, culture*, Bologna: il Mulino
- Marcon G., Panozzo F. (1998). Reforming the reform: changing roles for accounting and management in the Italian health care sector, *The European Accounting Review*, European Accounting Association, pp. 185-208
- Meyer J.W., Rowan B. (1991). "Le organizzazioni istituzionalizzate. La struttura formale come mito e cerimonia". In: Powell W., Di Maggio P.J., a cura di (1991), *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*. Torino: Comunità
- Nicolini D. (2001). Il tessuto interorganizzativo della sicurezza: una visione prossimale, *Studi organizzativi*, n. 2-3, pp. 93-116
- Pipan T. (2008). "Individuare i rischi, gestire la sicurezza nella città e nella salute". In: Nuvolati G., Tognetti M., a cura di (2008). *Qualità della vita e salute in ambito urbano*, Milano: FrancoAngeli
- Pipan T. (1996). *Il labirinto dei servizi. Tradizione e rinnovamento tra i pubblici dipendenti*, Milano: Raffaello Cortina Editore
- Pope C. (2002). Contingency in everyday surgical work, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 24, n. 4, pp. 369-384
- Powell W., Di Maggio P.J., a cura di (2000). *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*, Torino: Comunità
- Power M. (2004). *The risk management of everything. Rethinking the politics of uncertainty*, www.demos.co.uk
- Reason J. (1990). *L'errore umano*, Bologna: il Mulino
- Rochilin G. (1993). "Defining high reliability Organization in practice: a

- toxicomic prologue". In: Roberts K.H., *New Challenger to Understandings Organizations*, New York: Macmillan
- Sahilin-Andersson K. (1996). "Imitating by editing success: the construction of organizational field". In: Czarniawska B., Sevón G., a cura di, *Translating organizational change*, Berlin: de Gruyter, pp. 69-90
- Sevón G. (1996). "Organizational imitation in identity transformation". In: Czarniawska B., Sevón G., a cura di, *Translating organizational change*, Berlin: de Gruyter, pp. 49-68
- Simon H.A. (1957). *Models of man. Social and rational*, New York: Wiley.
- Turner B.A., Pidgeon N.F. (1997). *Disastri. Dinamiche organizzative e responsabilità umane*, Torino: Comunità
- Vaughan D. (2005). "Organizational rituals of risk and error". In: Hutter B., Power M., *Organizational encounters with risk*, Cambridge: Cambridge University Press
- Vicarelli G. (2006). "Le domande dei cittadini e le responsabilità dei medici. Verso un nuovo "contratto sociale" tra medici e welfare in Europa". In: Giarelli G., Geyer S., a cura di (2006). *Prospettive europee sui sistemi sanitari che cambiano*, Milano: FrancoAngeli
- Vicarelli G. (2004). "Aziendalizzazione e management nell'evoluzione del sistema sanitario italiano". In: Società italiana di sociologia della salute, a cura di (2004). *La sociologia della salute in Italia: temi, approcci, spendibilità*, Salute e Società, anno III, n. 3, Milano: FrancoAngeli
- Vincent C. (1998). "Una cornice di riferimento per l'analisi dei rischi e della sicurezza nella medicina clinica". In: Cinotti R., a cura di (1998). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Op cit.
- Weick E.K., Sutcliffe K.M. (2001). *Managing the Unespected, assuring high performance in an age of complexity*, San Francisco: Jossey-Bass
- Weick E.K. (1993). The collapse of sensemaking in organizations. The Mann Gulch Disaster, *Administration Science Quarterly*, n. 38, pp. 628-652
- Wilson R. et al. (1995). The Quality in Australian Health Care Study, *Medicine Journal of Australia*, v. 163, p. 458-471.

*Tatiana Pipan* è professore associato di Sociologia dell'organizzazione e Sociologia dell'organizzazione sanitaria presso la facoltà di Sociologia dell'Università "La Sapienza" di Roma. Si occupa di tematiche riguardanti gli aspetti organizzativi e del lavoro in ambito pubblico e sanitario, di teorie organizzative e metodologie qualitative, di rischio e sicurezza urbana e sanitaria. Dal 2001 è direttore del master Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie (MIAS).

*Carlo Caprari* è dottore di ricerca in Sistemi sociali, Organizzazione e Analisi delle Politiche Pubbliche presso la facoltà di Sociologia dell'Università "La Sapienza" di Roma. Ha svolto attività di ricerca nelle organizzazioni sanitarie sul tema della cultura del servizio nelle aziende ospedaliere e del *Clinical Risk Management* in sala operatoria.

Corresponding author: [tatiana.pipan@uniroma1.it](mailto:tatiana.pipan@uniroma1.it)