



CONVEGNO

Sbagliare sulla scena della cura. Pratiche, tecnologie, saperi e artefatti in azione.

8 novembre 2018
Sapienza Università di Roma
Via Salaria, 113

Call for abstracts

A partire dal volume curato da Tatiana Pipan (2014) – *Presunti colpevoli. Dalle statistiche alla cartella clinica: indagine sugli errori in sanità* – molti sono gli interrogativi ai quali il network di attori organizzativi e istituzionali (Tribunale per i Diritti del Malato, ANIA, Ministero della Salute...) che si occupa di errori medici potrebbe rispondere anche con l'aiuto degli studiosi che con le lenti delle indagini etnografiche accedono ai contesti sanitari per studiare le pratiche di lavoro quotidiane nelle quali l'errore si annida e sviluppa, consapevoli che non esistono organizzazioni a zero difetti (Pipan, 2010). Le attività di assistenza e cura si svolgono in reti di azioni dentro e fuori le organizzazioni sanitarie da tempo considerate dai sociologi come organizzazioni ad alto rischio (Weick, 1995; Weick e Suttcliffe, 2010), sebbene i medici non sembrano sempre percepirle come tali. I sociologi affermano che le ragioni della rischiosità sono perlopiù da ricercarsi nelle disfunzioni organizzative ed è pertanto in quell'ambito che sarebbe utile concentrare gli sforzi per migliorare le smagliature del sistema. Abbracciare la *no blame culture* ovvero promuovere la cultura della segnalazione – come ha fatto il Ministero della Salute – è il primo passo che può portare e migliorare la cultura della sicurezza.

Il Convegno si propone di riflettere innanzitutto ***su cosa sia l'errore medico***, su come venga rintracciato ed etichettato dai diversi attori organizzativi e istituzionali che sono coinvolti direttamente negli eventi avversi e/o che pubblicano i dati sugli errori, invitando gli studiosi ad adottare uno sguardo sociologico/antropologico che considera l'errore come organizzativo (Catino, 2006) e il rischio incardinato (*embodied*) in oggetti che vanno a loro volta individuati. Seguendo Hilgartner (1992), per poter parlare di rischio non si può difatti prescindere dal rendere espliciti gli *oggetti di rischio* e le connessioni tra questi oggetti e i processi attraverso i quali essi vengono costruiti. Lo studio delle connessioni può poggiare sull'analisi di documenti e artefatti (cartella clinica e infermieristica, check list, scheda di soccorso), quotidianamente prodotti e utilizzati dalle organizzazioni, considerandoli come *oggetti ambigui* che vanno interpretati. L'errore medico è un evento complesso che subisce una riduzione quando è tradotto in numeri utilizzando delle categorie anch'esse ambigue. Come afferma Goodwin (2003), ogni schema di codifica fornisce un punto di vista sul mondo ed è pertanto necessario aprire 'la scatola nera' della classificazione e della categorizzazione degli errori medici per cogliere come i diversi attori in campo costruiscono e interpretano fenomeni e dati.

Guardare all'errore medico significa – per i ricercatori – essere inoltre consapevoli che l'errore è sempre una **storia** narrata da diversi attori (medici, pazienti, operatori, risk manager, avvocati, medici legali, giudici, assicurazioni) portatori di sguardi e saperi diversi. Una storia che è spesso contenuta negli *oggetti di rischio* (cartella clinica, checklist, scheda di soccorso) e nei *numeri* degli errori che – veicolati dai media – vengono usati per costruire la malas sanità. Gli oggetti e gli artefatti associati alle cure (inter)agiscono difatti con le persone e con altri oggetti, tecnologie e artefatti nell'ecologia locale del luogo di lavoro (Urlich *et al.*, 2004), sono strumenti di coordinamento interprofessionale che facilitano la comunicazione e il passaggio delle consegne all'interno dello staff nei reparti ospedalieri (Artuso e Mason, 2008) e sul territorio, mediano la relazione medico-paziente, viaggiano nei contesti organizzativi, non sono neutri, talvolta supportano, talvolta migliorano e talvolta rendono disfunzionali le cure (Baraghini *et al.*, 2003). Sono elementi vivi che concorrono a fare (o a non fare) al pari degli attori professionali (Latour, 1987). Vanno pertanto considerati come alleati capaci di concorrere alle pratiche e alla comunicazione tra le figure professionali e con i pazienti e richiedono quindi che si indaghi sul loro ruolo nel prevenire, rintracciare ma anche veicolare l'errore.

Ma quanti sono veramente gli errori? Nella rete sociale del rischio clinico –una rete mai del tutto stabilizzata e strutturata che è difatti piuttosto un *campo di battaglia* (Latour 1987) che sembra non riuscire ad attivarsi per far cessare quella ‘guerra dei numeri’ inscenata dai media e periodicamente ripetuta – i ‘dati’ prodotti sono molto diversi. L’ANIA parla di 30.000 *sinistri*, il Tribunale per i diritti del Malato di 26.000 ‘*presunti errori*’ e il Ministero della Salute di 1442 *eventi sentinella*. Etichette molto differenti tra di loro che riflettono pratiche di categorizzazione e di classificazione, obiettivi, logiche, culture e retoriche delle diverse organizzazioni che pubblicano i dati (Bowker e Star, 2000). Dati che però non sono semplicemente ‘raccolti sul campo’ ma costruiti – con più o meno trasparenza – sulla base delle segnalazioni di errori che provengono dai contesti organizzativi, dei sinistri coperti dalle assicurazioni e delle segnalazioni dei cittadini che esibiscono la cartella clinica come prova principe dell’errore (Pentimalli, 2014; 2016). In seguito al viaggio della cartella clinica verso il Tribunale per i diritti del malato o uno studio privato di avvocati è solamente dopo molto tempo che la storia di ‘presunto errore’ approda al tribunale civile o penale. Il tempo quindi incide sulla costruzione dei dati, l’iter giudiziario spesso è molto lungo e ciò porta noi sociologi a parlare di ‘masse mancanti’ (Latour, 1992). Infatti nessuna delle organizzazioni che pubblica i dati sembrerebbe porsi questo problema pur sapendo che le percentuali di errori comprovate dai giudici sono basse. Se i dati fossero completati fino alla risoluzione del processo ciò aiuterebbe a depotenziare i numeri troppo alti di errori/denunce. Inoltre, in caso di errore in ospedale e sul territorio – evento che scatena mediaticamente immagini di malasanità – le aziende sanitarie dovrebbero maggiormente impegnarsi nel curare la loro comunicazione esterna per ricostruire la fiducia dei cittadini e migliorare la loro reputazione.

In conclusione il rischio è incardinato in **oggetti** che devono essere individuati e osservati in azione, ma è anche un **dispositivo discorsivo** al quale partecipano numerose organizzazioni istituzionali e sociali e ha pertanto un significato politico di responsabilità e di colpa nella gestione dell’esistenza dei cittadini. Obiettivo del convegno è sia accrescere la conoscenza del rischio e dell’errore nei contesti sanitari e socio-sanitari grazie agli interventi e le ricerche empiriche di studiosi che si interessano al tema sia riunire alcuni esperti e studiosi attorno a due tavole rotonde/dibattiti sugli aspetti organizzativi e sugli aspetti comunicativi e relazionali del rischio e dell’errore in sanità.

In particolare, i relatori potranno sviluppare nei loro interventi le seguenti tematiche:

- Sbagliare nei reparti ospedalieri e/o nelle strutture sociosanitarie sul territorio;
- Gli oggetti di rischio in sanità e nel sociale;
- Gli artefatti narrativi (cartella clinica e infermieristica, check list, scheda di soccorso...) come oggetti che veicolano l’errore e/o permettono di rintracciarlo;
- Le sfide che pone l’informatizzazione di tali artefatti narrativi nella gestione del rischio e dell’errore e nell’eventuale creazione di errori di altra natura;
- Il ruolo delle tecnologie (comprese quelle d’immagine) che mediano le pratiche di diagnosi, assistenza e cura nel prevenire, gestire o accrescere il rischio e l’errore;
- Le implicazioni politiche, etiche e sociali nella costruzione dei database/delle statistiche sugli errori medici e la scelta dei criteri per categorizzare e classificare gli errori;
- Le risposte innovative della formazione per migliorare la gestione del rischio in sanità;
- I processi e le pratiche di comunicazione del rischio fuori e dentro le organizzazioni;
- La medicina difensiva come effetto inatteso;
- Il ruolo formale e informale del consenso informato;
- Il rischio nella relazione medico-paziente;
- Gli aspetti assicurativi nella gestione del rischio;
- La riduzione del personale e gli effetti del turnover che producono stress e aumentano il rischio di errori;
- Lo sguardo e l’indagine medico-legale per rintracciare eventuali negligenze e complicità che hanno condotto all’errore.

Alcuni riferimenti bibliografici

- Artuso P. e Mason G. (2008), *La nuova comunicazione interna. Reti, metafore, conversazioni, narrazioni*, Franco Angeli, Milano.
- Baraghini G., Molinari R., Roli R. e Trevisani B. (2003), *Un ufficio qualità in ogni ospedale. Obiettivi, strategie, competenze, risorse, errori da evitare*, Franco Angeli, Milano.
- Bowker G.C. e Star S.L. (2000), *Sorting Things Out. Classifications and Its Consequences*, MIT Press, Mass.
- Bruni A. (2011), *La sicurezza organizzativa. Un'etnografia in sala operatoria*, Carocci, Roma.
- Catino M. (2006), *Da Chernobyl a Linate. Incidenti tecnologici o errori organizzativi?*, Mondadori, Milano.
- Goodwin C. (2003), *Il senso del vedere*, Meltemi, Roma.
- Hilgartner S. (1992), "The Social Construction of Risk Objects. Or, How to Pry Open Networks of Risk", in J. Short, e L. Clarke (a cura di), *Organization, Uncertainties, and Risk*, Boulder, Colo, Westview Press, 39-53.
- Latour B. (1992), "Where Are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts" in W.E. Bijker e J. Law (eds), *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*, Cambridge, Mass., MIT Press, 225-258.
- Latour B. (1987), *Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers through Society*, Harward University Press, Cambridge Mass.
- Pentimalli B. (2014), "L'autopsia della cartella clinica. Scovare indizi e prove dell'errore medico", in T.Pipan (a cura di), *Presunti colpevoli. Dalle statistiche alla cartella clinica: indagine sugli errori in sanità*, Guerini, Milano, 193-230.
- Pentimalli B. (2010), "Pratiche di codifica e catene di traduzione delle presunte malpractice in sanità. Una ricerca etnografica al Tribunale per i diritti del malato", in T.Pipan (a cura di) *I Rischi in Sanità. Un nuovo fenomeno sociale*, Franco Angeli, Milano, 102-137.
- Pipan T. (2014) (a cura di), *Presunti colpevoli. Dalle statistiche alla cartella clinica: indagine sugli errori in sanità*, Guerini, Milano.
- Pipan T. (2010) (a cura di), *I rischi in sanità. Un nuovo fenomeno sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Specchia M.L., Cadeddu C., Lovato E., Capizzi S., Ferriero A.M., Veneziano M.A., Mancuso A., Ricciardi G. (2015), "Burden of Medical Errors in Italy: An Analysis of the Literature", *Igiene Sanità Pubblica*, 71(4): 405-417.
- Ulrich R., Zimring C., Joseph A. e Choudhary R., (2004), *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century*, The Centre for Health Design, Concord.
- Weick, K.E (1995), *Sensemaking in Organizations*, Sage Publications, New York.
- Weick K.E. e Sutcliffe K.M (2010), *Governare l'inatteso. Organizzazioni capaci di affrontare le crisi con successo*, Raffaele Cortina Editore, Milano, ed. or. 2007, *Managing the unexpected*.

Modalità di invio delle proposte:

Gli studiosi interessati a presentare un contributo possono inviare un abstract di non più di 3000 caratteri (spazi e bibliografia inclusi) indicando il titolo dell'intervento, il nome e la mail del/i proponente/i e l'afferenza.

Le proposte dovranno essere inviate entro il **31 luglio 2018** a Tatiana Pipan (tatiana.pipan@uniroma1.it) e Barbara Pentimalli (pentimab@hotmail.it)

L'esito della selezione verrà comunicato entro il **15 settembre 2018**.

Comitato scientifico:

Tatiana Pipan - Università di Roma
Michaela Liuccio - Università di Roma
Barbara Pentimalli - Università di Roma
Roberto Lusardi - Università di Bergamo
Stefano Crabu - Politecnico di Milano

Comitato organizzativo:

Laura Franceschetti - Università di Roma
Alessandra Sannella - Università di Cassino