

Il contenzioso sanitario visto dai pazienti

Materiali di studio
e di ricerca

a cura di Costantino Cipolla

RICERCA
SPENDIBILITÀ

Salute e
società



FrancoAngeli

Salute e Società

collana diretta da Costantino Cipolla

La Collana *Salute e Società* si inserisce in una rete di natura più vasta, collegata operativamente da un logo comune e concettualmente da un *Manifesto* programmatico (pubblicato sul n. 1, a. I, 2002 della Rivista omonima), che contempla le seguenti iniziative, qui segnalate con i rappresentanti che ne compongono il *Consiglio di direzione*:

- Laurea Specialistica in *Sociologia, Politiche Sociali e Sanitarie* (con curriculum in *Sociologia della Salute*): Costantino Cipolla, Università di Bologna;
- Rivista *Salute e Società*, quadrimestrale edito da FrancoAngeli: Antonio Maturò, Università di Bologna;
- Delegato SISS (*Società Italiana di Sociologia della Salute*): Tullia Saccheri, Università di Salerno;
- Master Universitario di II livello in *Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari dal punto di vista del cittadino*: Leonardo Altieri, Università di Bologna;
- Centro di Ricerca Interdipartimentale sui *Sistemi Sanitari e le Politiche di Welfare* (C.R.I.S.P.): Guido Giarelli, Università della Magna Graecia (Catanzaro);
- Master Universitario di I livello in *Il coordinamento, la progettazione e la gestione dei servizi di educazione, comunicazione e promozione della salute*: Sebastiano Porcu, Università di Macerata;
- Centro di Studi Avanzati sull'*Umanizzazione delle Cure e sulla Salute Sociale* (Ce.Um.S): Francesca Cremonini, Università di Bologna;
- Master Universitario di I livello in *Funzioni Specialistiche e Gestione del coordinamento nelle Professioni Sanitarie*: Anna Coluccia, Università di Siena;
- Storico per la *Croce Rossa Internazionale*: Paolo Vanni, Università di Firenze.

Attività di Alta Formazione:

- Corso di Alta Formazione in *Welfare State e cittadinanza: gay, lesbiche, bisex, trans* (Università di Bologna): Tutor Agnese Accorsi, agnese.accorsi@libero.it.
- Corso di Alta Formazione in *Metodologia della ricerca sociale ed epidemiologica applicata alle sostanze psicoattive* (Università di Bologna): Tutor Alessia Bertolazzi, alessia.bertolazzi@libero.it.
- Corso di Alta Formazione in *Sociologia della salute e Medicine non convenzionali* (Università di Bologna): Tutor Veronica Agnoletti, agnoletti.veronica@libero.it

Ognuna delle attività citate fa capo a reti singole e collettive nazionali ed internazionali, accademiche e professionali, sociologiche e di altre discipline che concorrono complessivamente, a vario titolo, alla presente iniziativa editoriale.

La Collana, che prevede, per ogni testo, la valutazione di almeno due *referee anonimi*, esperti o studiosi dello specifico tema, si articola in tre sezioni:

Confronti

In questa sezione sono pubblicati testi che fanno della comparazione geografico-istituzionale, storica, epistemologica il senso della propria elaborazione nell'ottica della tolleranza, del pluralismo competitivo e delle soluzioni, o decisioni, migliori per la qualità della vita socio-sanitaria dei cittadini. La continuità e la coerenza di tale approccio è garantita dalla Rivista *Salute e Società*.

Teoria e metodologia

In questa sezione compaiono testi teorici o di riflessione metodologica sulle dimensioni sociali della medicina di impianto anche interdisciplinare e, comunque, inerenti le scienze umane concepite in senso lato.

Ricerca e spendibilità

In questa sezione sono presentati volumi che riprendono indagini, più o meno ampie, di natura empirica o che investono in un'ottica applicativa e spendibile sia lungo il percorso culturale e co-educativo della divulgazione e della vasta diffusione, sia nella prospettiva dell'incidenza sulla realtà socio-sanitaria o, più in generale, dell'influenza sulla salute/malattia.

Responsabile redazionale: Ilaria Iseppato, ilaria.iseppato@libero.it

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "informazioni" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a: "FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano".

Il contenzioso sanitario visto dai pazienti

Materiali di studio
e di ricerca

a cura di Costantino Cipolla

FrancoAngeli

La ricerca è stata realizzata con il contributo di GPAAssiparos Spa.



La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Agnese Accorsi

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni qui sotto previste. All'Utente è concessa una licenza d'uso dell'opera secondo quanto così specificato:

1. l'Utente è autorizzato a memorizzare l'opera sul proprio pc o altro supporto sempre di propria pertinenza attraverso l'operazione di download. Non è consentito conservare alcuna copia dell'opera (o parti di essa) su network dove potrebbe essere utilizzata da più computer contemporaneamente;
2. l'Utente è autorizzato a fare uso esclusivamente a scopo personale (di studio e di ricerca) e non commerciale di detta copia digitale dell'opera. Non è autorizzato ad effettuare stampe dell'opera (o di parti di essa).
Sono esclusi utilizzi direttamente o indirettamente commerciali dell'opera (o di parti di essa);
3. l'Utente non è autorizzato a trasmettere a terzi (con qualsiasi mezzo incluso fax ed e-mail) la riproduzione digitale o cartacea dell'opera (o parte di essa);
4. è vietata la modificazione, la traduzione, l'adattamento totale o parziale dell'opera e/o il loro utilizzo per l'inclusione in miscellanee, raccolte, o comunque opere derivate.

Indice

Prefazione , di <i>Marco Medini</i>	pag. 7
Premessa , di <i>Costantino Cipolla</i>	» 9
Introduzione , di <i>Elisa Porcu</i>	» 13
1. Il complesso ciclo metodologico della ricerca , di <i>Maura Gobbi, Elisa Porcu e Agnese Accorsi</i>	» 21
2. I rapporti con il Garante della privacy , di <i>Laura Mandrioli</i>	» 35
3. I danni risarcibili nella responsabilità civile medica , di <i>Valentina Ferrozzi</i>	» 43
4. Il contenzioso dal lato dei pazienti , di <i>Elisa Porcu</i>	» 59
5. Il contenzioso interpretato dalle associazioni , di <i>Agnese Accorsi</i>	» 93
6. L'azienda sanitaria e il contenzioso: una proposta di lettura , di <i>Francesca Guarino</i>	» 109
Conclusioni prospettiche , di <i>Costantino Cipolla e Maura Gobbi</i>	» 131
Bibliografia di riferimento , a cura di <i>Agnese Accorsi</i>	» 141
Note sugli autori	» 145

Prefazione

Con una spesa sanitaria collocata stabilmente nell'ultimo triennio al 9% del PIL nazionale (rapporto OCSE 2008), poco sopra la media mondiale, sebbene al di sotto dei principali paesi del G8, l'Italia registra un'aspettativa di vita tra le più elevate in Europa (80,4 anni per gli uomini e 85,3 per le donne), ed un tasso di mortalità infantile dimezzatosi in dieci anni, passando da 8 decessi per 1000 nati vivi nel triennio 1990-92 a 4,2 decessi nel triennio 2000-02 (rapporto Osservasalute 2005).

Si tratta solo di alcuni indicatori, ma risulta innegabile il livello di sviluppo raggiunto dal nostro paese nella gestione della salute pubblica, intesa come bene sociale e comune da garantire a tutti i cittadini (art.32 Cost.).

Tuttavia, il comparto sanitario e ospedaliero ha registrato negli ultimi quindici anni un incremento consistente delle controversie e del contenzioso vero e proprio acceso con la propria utenza, confermato sia dai dati che i vari osservatori hanno cominciato a monitorare (di area, regionali, ministeriali), sia dalle singole strutture sanitarie mediante i loro sportelli *front end* (Urp, uffici legali, ecc.), sia, ancora, dalle imprese di assicurazione chiamate a ricomporre le controversie transando giudizialmente o stragiudizialmente i risarcimenti agli aventi diritto (vedasi al proposito fonti ANIA sulla sinistralità del ramo).

Schematizzando in termini se si vuole semplicistici, si può parlare di una trasformazione che ha portato il paziente dalla condizione di una sanità subita, a quella di una sanità reclamata con vigore, sino ad una sanità finanche processata, individualmente e collettivamente.

Se risulta impensabile pensare ad una crisi tecnica o metodologica della sanità pubblica, peraltro sconfessata dai continui confini abbattuti nella lotta alla malattia ed al dolore, dove vanno dunque ricercate le origini del fenomeno? Se le ragioni sono oltre le corsie d'ospedale ed i camici dei sanitari, si può parlare di un'incrinatura storica nel rapporto di fiducia tra cittadi-

no ed istituzione sanitaria? La “medicalizzazione della vita” e la “ossessione sanistica” che permeano la nostra società hanno forse reso irraggiungibili le aspettative dei pazienti?

In realtà, ad un’analisi più accurata e contigua alla realtà ed alla dinamica di questi fenomeni, emerge un portato degli stakeholders nel processo del contenzioso di carattere decisamente più concreto e contestuale.

Ciononostante, restano aperti quesiti importanti di fronte a questi fenomeni: si tratta di sensazionalismo dei media ed utilitarismo speculativo da parte dell’industria della richiesta di risarcimento? Oppure siamo di fronte alla rivendicazione di legittime istanze di un diritto di cittadinanza?

E, soprattutto, giova tutto ciò alla sanità pubblica ed alla collettività nel suo insieme? In special modo laddove si vanno ad infrangere l’autoreferenzialità delle strutture organizzative e le difese corporative di categoria? Oppure siamo di fronte ad un ennesimo depauperamento di risorse pubbliche a favore di pochi e a discapito di molti?

Dobbiamo, in sintesi, considerare tale fenomeno nel quadro complessivo di un avanzamento del sistema della sanità pubblica e della collettività nel suo insieme, oppure un vulnus nel rapporto di fiducia con l’istituzione sanitaria?

Cercare risposte a questi e a molti altri quesiti, così come intuire le tendenze del futuro prossimo venturo, è lo scopo di questa ricerca, mirata ad entrare nel cuore delle questioni registrando i fenomeni oltre le loro apparenti sembianze.

Marco Medini Lodi
Broker e consulente assicurativo

Premessa

La tradizione di ricerca sociologica si muove nella prospettiva storicamente costituitasi alla fine dell'Ottocento di stampo positivista. Sostanzialmente il modello era quello ideale delle scienze matematiche e statistiche: Galileo diceva "la natura si conforma alla matematica" e in qualche modo i primi sociologi seguirono lo stesso principio.

Il positivismo introduce nella tradizione di ricerca delle scienze sociali sicuramente il rigore, l'onere della prova, l'attenzione ai fatti, il modello induttivo e, quindi, fa andare avanti e costituisce, soprattutto con l'opera *Il Suicidio* di Èmile Durkheim, una tradizione di pensiero che poi si affermerà come tale nel tempo, emigrerà dalla vecchia Europa negli Stati Uniti, ritornerà in Europa dopo la Seconda Guerra Mondiale dopo le parentesi europee di fascismi e nazismi che, di fatto, avevano bloccato la sociologia ed entrerà nelle nostre case sotto la forma, ad esempio, del questionario.

In altre parole, questo tipo di ricerca è una ricerca che affina molto le tecniche interne alla ricerca medesima e le rende in qualche modo di qualità superiore rispetto a prima. È un avanzamento di grande utilità e ancora oggi i questionari vengono costruiti nell'ottica del sondaggio, cioè di una ricerca dotata di una certa superficialità ma che orienta comunque lo studioso e che vede i risultati della stessa in una direzione di per sé spendibile, pratica e orientativa; questo modello però resta chiuso in se stesso.

La nostra ricerca, che fa seguito a una di un altro tipo e impostata però nello stesso modo¹, è andata in un'altra direzione e ha scontato un altro tipo di problema e di processo.

La ricerca sociale non si fa in un laboratorio, la ricerca sociale non si fa su di una pietra, la ricerca sociale non ha sempre la disponibilità del proprio oggetto; essa è costitutivamente una ricerca che ha bisogno di negoziazione

¹ Cipolla C. (a cura di) (2004), *Il contenzioso socio-sanitario. Un'indagine nazionale*, FrancoAngeli, Milano.

con l'altro e di partecipazione dell'altro alla ricerca come evidenzia un bel libro recentemente uscito su questi temi².

Ora, io dovrei qui raccontare su questa base l'esperimento di una ricerca che sostanzialmente, rispetto alle nostre prospettive, è fallita. Cosa vuol dire questo? Non vuol dire affatto che non ci siamo impegnati come gruppo fino in fondo, non vuol dire affatto che non abbiamo avuto la disponibilità delle istituzioni con cui dovevamo lavorare, ma ha voluto dire che, alla fine, per i meccanismi sociali che governano i dati sensibili della sanità e per la difficoltà di entrare dentro la mente ed il cuore di coloro che si sono trovati nella condizione di avanzare delle rivendicazioni economico-legali alle strutture dalle quali ritenevano di aver subito un torto, non abbiamo trovato la strada per poter stimolare e incentivare questi soggetti al racconto della loro esperienza. Abbiamo cercato anche altri accessi, abbiamo trovato anche che il ruolo delle associazioni in questo campo è molto meno rilevante di quello che si ipotizzi, siamo riusciti a dare qualche barlume di risultato come si vedrà nei capitoli che seguono, ma alla fine la nostra ricerca si è limitata ad una cinquantina di casi, per quanto riguarda il questionario, che sicuramente sono un'entità statisticamente non particolarmente significativa. È vero che nel nostro campo il numero è un'entità che si pesa e non solo si enumera, è vero che cinquanta casi di questo tipo li abbiamo messi insieme e per anni, credo, nessuno riuscirà a fare meglio di noi, è vero che lo spessore di quanto ottenuto è rilevante, è vero che abbiamo degli orientamenti che ci fanno capire cosa è successo, ma, alla fine, dentro di noi abbiamo vissuto questo tipo di esperienza di ricerca come un'occasione sostanzialmente mancata.

Il ruolo del Garante della privacy in questo contesto è stato decisivo, come si può vedere nell'ambito della ricerca.

Quando la sociologia si va incontrare con dati sensibili o vi è una legittimazione maggiore rispetto all'interesse e alle finalità scientifiche del lavoro oppure i vincoli giuridici imposti da chi non conosce questo tipo di ricerca saranno un handicap non superabile per un lavoro scientificamente di grande utilità per tutta la sanità.

La metodologia impostaci dal Garante per raggiungere il nostro obiettivo si è dimostrata di fatto impraticabile. Nessuno di noi, né Università né Ospedali, aveva interessi o voleva entrare in questioni specifiche, il senso era di fornire una conoscenza universalistica che migliorasse questo tipo di rapporto.

² Altieri L. (2009), *Valutazione e partecipazione. Metodologia per una ricerca interattiva e negoziale*, FrancoAngeli, Milano.

Non sono riuscito a capire e non capisco perché il Garante ci abbia obbligato, secondo categorie giuridiche che non condivido sul piano etico e sostantivo, a un percorso, ripeto, che di fatto si è dimostrato non utilizzabile. Non voglio qui andare oltre, mi limito a queste considerazioni: il libro nella sua voluta modestia è in questo senso un libro della mancanza più che di una presenza. Eppure abbiamo cercato di andare oltre, di dare qualche traccia verso il futuro, di fornire delle idee per un percorso che si potrà fare. Personalmente sono convinto che un giorno più avanti di fronte ad una giurisprudenza meno vincolante, asettica e per alcuni aspetti di un garantismo pre-scientifico, le cose miglioreranno e sarà possibile andare come abbiamo detto nelle conclusioni verso qualche percorso che sia un percorso di miglioramento complessivo della qualità della sanità, qualità che passa necessariamente anche attraverso gli errori e la malas sanità che non vanno comunque mai tra di loro confusi.

Ripeto poi che il confine tra sanità eccellente, sanità normale, sanità con errori e sanità con colpe sovente è piuttosto ambiguo e rimanda a responsabilità collettive e non a chiare imputazioni di natura personale.

Quindi è con una certa qual tristezza, se così posso dire, metodologica che chiudo questa mia premessa anche se ritengo che chi leggerà questo nostro “fallimento” trarrà da esso delle utilissime indicazioni verso il futuro e capirà che, come diceva Popper, anche dagli errori (lui dice solo dagli errori ma io nego questa prospettiva) e da ciò che non si riesce a fare bene si può imparare moltissimo.

Bologna, 18 settembre 2009

Costantino Cipolla

Introduzione

di *Elisa Porcu*

1. Perché cresce l'attenzione sul contenzioso sanitario

È da pochi anni che in Italia il tema del “contenzioso sanitario” riceve attenzione in modo significativo da parte dei policy makers, del management delle aziende sanitarie pubbliche, delle associazioni dei professionisti della sanità (in primo luogo dei medici). Non che prima non se ne parlasse, ma era solitamente relegato nell’ambito delle attività di secondaria importanza. Non era oggetto di specifici programmi nell’ambito dei diversi Servizi Sanitari Regionali; né vedeva l’approntamento di dispositivi organizzativi e programmi aziendali finalizzati da un lato a ridurre il “rischio clinico”, dall’altro ad introdurre modalità innovative di rapporto con quei pazienti che, ritenendo di essere stati oggetto di *malpractice*, richiedono un risarcimento del danno subito (anche tramite causa legale). Sino a qualche anno fa il tema del contenzioso era – per così dire – un tema nell’ombra, dato per scontato e di fatto oggetto di preoccupazione esclusivamente da parte degli amministratori incaricati di stipulare il contratto assicurativo per responsabilità civile per l’attività medica. Tale tema emergeva solamente in occasione di quei grandi “eventi avversi” (la morte di un paziente) che, rispondendo ai criteri di notiziabilità dei mass media e soprattutto della stampa (specie locale), entravano nel sistema della comunicazione pubblica. Negli ultimi anni questa situazione è cambiata a seguito di una combinazione di fattori. Negli USA l’Institute of Medicine ha pubblicato, nel 1999, il rapporto *To Err is Human*, richiamando l’attenzione sul tema degli errori nella pratica medica ed aprendo un intenso dibattito pubblico sul tema su entrambe le sponde dell’Atlantico. A seguito delle innovazioni introdotte nel *National Health Service* inglese per il miglioramento della qualità e dell’efficacia del sistema sanitario, anche in Italia si è avvia-

ta una riflessione sulla *clinical governance* che ha portato ad evidenziare l'ambito della prevenzione degli errori e della gestione del rapporto con il paziente danneggiato come un ambito fortemente necessitante di miglioramento. Sono stati dunque avviati a livello regionale od aziendale programmi di risk management ed iniziative volte a sperimentare forme innovative di gestione stragiudiziaria del contenzioso. Le aziende sanitarie hanno dunque riportato nell'ambito della sfera del governo aziendale, più che in passato, anche la gestione dei casi di contenzioso, riducendo la "delega" in precedenza assegnata alle compagnie di assicurazione. L'incremento dei premi assicurativi per la responsabilità civile professionale dei medici, inoltre, ha ugualmente spinto le aziende sanitarie a rivedere l'organizzazione della gestione del contenzioso. Anche a livello della professione medica sono intervenuti elementi di novità rilevanti. Su tutte va segnalata la costituzione nel dicembre 2002 dell'*Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente* (AMAMI), oggi con oltre 35.000 associati, finalizzata a contrastare il fenomeno, ritenuto in crescita, dell'accusa con leggerezza di *malpractice* medica (se è vero, come riporta l'associazione che le denunce a medici per *malpractice* risultano infondate in 2 casi su 3).

La combinazione di questi fattori ha posto la gestione del contenzioso, unitamente al risk management, in posizione meno periferica nel governo delle aziende sanitarie pubbliche. È in crescita, anche in conseguenza di ciò, la raccolta di dati e di informazioni sul fenomeno, sebbene in modo differenziato in base alla realtà aziendale o del sistema sanitario regionale.¹ Manca a tutt'oggi un sistema informativo nazionale che consenta di avere dati sufficientemente precisi sul numero di eventi avversi che colpiscono i pazienti nel corso del processo assistenziale o almeno del ricovero ospedaliero, sul numero di eventi avversi "evitabili", ovvero attribuibili ad errore professionale od organizzativo, sul numero di eventi avversi che danno vita a casi di contenzioso sanitario e sulle caratteristiche dei pazienti che intentano (o non intentano pur a fronte di un evento avverso evitabile) una causa per il risarcimento del danno. La disponibilità di un tale sistema informativo risulta di fondamentale importanza per comprendere il fenomeno del contenzioso, della *malpractice*, dell'errore in medicina. In Svezia, ad esempio, dove un tale sistema è implementato i dati informano che nel periodo

¹ I dati relativi al Servizio Sanitario Regionale del Piemonte, ad esempio, sono sintetizzati in *Errori: Torino ha la mappa*, «Il Sole 24 Ore – Sanità», 26 gennaio 2009, p.15. Si tratta, per il triennio 2005-2007, di 2.321 richieste di risarcimento danni di cui 439 (19%) liquidate, per una spesa complessiva di circa 6,2 milioni di euro. I dati piemontesi indicano un assestamento delle denunce di sinistro a carico del SSR ed un aumento dei procedimenti stragiudiziari.

dal 1997 al 2004 si sono avute 23.364 cause intentate contro medici, pari ad un tasso di 0,20 ogni 100 ricoveri. Poco meno del 50% di tali cause sono state decise a favore del paziente che ha quindi ottenuto un indennizzo per il danno subito.² In assenza di dati raccolti in modo sistematico e metodologicamente rigoroso il rischio di fonti informative che riflettono punti di vista parziali ed interessati – di volta in volta: manager, assicuratori, medici, organismi di tutela dei pazienti – è assai ampio. Inoltre, tra tutti i soggetti interessati dal fenomeno del contenzioso e che su di esso fanno comunicazione, è proprio la voce del paziente ad essere quella più difficile da udire, anche se un certo attivismo si registra da parte di organizzazioni di tutela come *Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato* che, tramite la raccolta di segnalazioni dei pazienti, redige annualmente report sulla “qualità” della sanità italiana riservando ampio spazio anche al tema della *malpractice* (è il Rapporto PiT Salute giunto, nel 2009, alla XII^a edizione)³.

2. Il contenzioso dal punto di vista dei pazienti

Se ascoltiamo la voce delle associazioni mediche sorte per tutelare i professionisti dall'eccesso di contenzioso (es. AMAMI) viene posto in primo piano l'eccessiva facilità e leggerezza con cui, a fronte di un evento avverso, viene intentata una causa al medico. *Frivolous lawsuit* – così è definito il fenomeno. *Medici vessati* – così invece titolava «Il Sole 24 Ore – Sanità» nel 2004 proprio riportando gli esiti del I° Congresso AMAMI tenutosi nel marzo di quell'anno. Come si devono intendere tali rappresentazioni della realtà? Sappiamo da tempo che le strategie di associazioni professionali non rispondono solo all'esigenza di autoregolamentare l'offerta di particolari servizi alla società, ma intrecciano anche questioni di potere nei confronti di altri gruppi professionali e degli utenti. Ovviamente il *mix* delle diverse componenti della “logica professionale” non può essere determinato a priori, ma va accertato empiricamente essendo il risultato di combinazioni di fattori riconducibili a strategie, risorse, contesto. Già solo queste considerazioni sono sufficienti per intendere che la comprensione del fenomeno del contenzioso non può essere affidata ad una prospettiva in cui le

² Cfr. Pukk-Härenstam K. *et al.* [2008]. I dati svedesi non sono generalizzabili ad altre realtà per via della diversità del sistema di trattamento del contenzioso.

³ Rapporto che è stato oggetto di severe critiche proprio da parte di AMAMI che, a ragione, evidenzia la mancanza di rappresentatività di una base di dati costruita in base alle segnalazioni spontanee dei pazienti e non con tecniche di campionamento. Cfr. www.associazioneamami.it.

osservazioni sugli aspetti quantitativi risultano intrecciate con elementi valutativi (“troppo contenzioso!”) che riflettono specifici interessi professionali. In effetti, se il coinvolgere in procedimenti giudiziari un medico oggettivamente non responsabile può essere considerato un “errore del primo tipo” è anche vero che, almeno teoricamente, non è possibile escludere l’errore inverso: ovvero il fatto che un evento avverso originato da *malpractice* non venga segnalato e non origini dunque una richiesta di risarcimento danno. Se ammettiamo ciò risulta evidente la parzialità della prospettiva fatta propria dalle associazioni di tutela dei professionisti sanitari, che deve dunque essere integrata se si vuol comprendere appieno il fenomeno. È importante anche considerare i fattori che, secondo tale associazione, stanno dietro alla crescita del contenzioso in sanità. Due fattori, in particolare, vengono di norma richiamati: (1) le attese “eccessive” nei confronti della medicina da parte dei pazienti (aspettative alimentate dai medici stessi, però, e dai mass media); (2) lo sviluppo di un “mercato” di intermediari (da studi legali specializzati a periti medici “poco scrupolosi”) che *spingono* il paziente al contenzioso⁴.

Se si vuole recuperare una prospettiva più ampia sul contenzioso sanitario occorre dunque mettersi innanzitutto dal punto di vista del paziente, nella consapevolezza che, come tutti gli attori *sociali*, di fronte ad un evento avverso che lo riguarda e che interviene nel corso del processo assistenziale, esso ha comunque davanti a sé più opzioni che, in un precedente saggio, abbiamo prospettato variando la tipologia proposta da A.O.Hirschman, dunque come *exit, voice, litigation*⁵. Questa prospettiva teorica ci rende sensibili al fatto che non è affatto accertato che in ogni caso di evento avverso frutto di *malpractice* il paziente giunga effettivamente ad intentare una causa contro il medico che ha erogato la prestazione. Anzi, diverse indagini evidenziano come, in un certo numero di casi, il paziente, pur avendo subito un danno imputabile ad errore professionale od organizzativo, non procede alla richiesta di risarcimento. Opacità della situazione, mancanza di “competenze” legali, deferenza verso l’autorità professionale ed altro ancora – sono ingredienti che si trovano miscelati in quelle situazioni definibili “errori del secondo tipo”, allorquando un paziente danneggiato non intenta alcuna causa, non avvia alcun procedimento per il risarcimento del danno. Queste considerazioni dovrebbero indurre perlomeno a maggior cautela coloro che affermano che la situazione odierna anche per il Servizio Sanitario Nazionale può essere descritta nei termini di “troppo” contenzio-

⁴ Cfr. le dichiarazioni del Dr. Maurizio Maggiorotti, presidente di AMAMI, riportate in *Malpractice, medici vessati*, «Il Sole 24 Ore – Sanità», 23-29 marzo 2004, p.16.

⁵ Cfr. Paltrinieri A. [2004].

so, troppa *litigation*. Vi sono invece evidenze empiriche del fatto che solo una (minor) parte degli errori medici che provocano danno ai pazienti vedono questi ultimi richiedere un risarcimento del danno subito ed eventualmente, al fine di ottenere ciò, intentare una causa civile (o penale) nei confronti del medico (o della struttura ospedaliera) ritenuto responsabile. Si tratta, in altri termini, di riconoscere che come per ogni azione *sociale* non possiamo intendere il contenzioso semplicemente come una conseguenza meccanica di un evento (nel caso specifico un evento avverso). Tale consapevolezza deve portare dunque ad indagare quei fattori che *influenzano* (rendendolo più o meno probabile) il contenzioso.

Uno studio del 1990 di May e Stengel, ad esempio, ha analizzato i fattori che influenzano la scelta del contenzioso da parte di pazienti colpiti da un evento avverso.⁶ Vengono considerati 5 ordini di fattori: (1) *audiences*, ovvero le persone del *network sociale* del paziente (familiari, amici, conoscenti, altri professionisti in contesti informali) con cui si confida, che lo sostengono moralmente, che lo consigliano e che pertanto possono contribuire a fargli assumere la decisione di chiedere un risarcimento o di intentare una causa legale; (2) *parties*, essenzialmente la relazione tra il paziente ed il medico (frettolosità, disinteresse del medico per il vissuto personale dell'assistito, stile informativo povero, scarso coinvolgimento del paziente nelle decisioni mediche); (3) *strategic interaction*, ovvero il grado di manipolazione (non trasparenza, evitamento, ecc.) del medico di fronte alle lamentele e rimostranze avanzate dal paziente danneggiato; (4) gravità del danno subito, secondo l'ipotesi che più questo è grande, maggiore è la probabilità che il paziente consideri l'opzione *litigation*; (5) *general resources*, ovvero status sociale, precedenti esperienze di *litigation*, conoscenza del lavoro professionale medico e di quello legale. Rispetto a questa ampia gamma di fattori l'analisi di May e Stengel evidenzia soprattutto il peso dei fattori di *audiences* su coloro che intentano un'azione legale. Segue la gravità del danno subito (viene confermata l'ipotesi che a fronte di un danno maggiore è maggiore anche la probabilità del ricorso all'azione legale). Minore risulta invece essere l'influenza delle caratteristiche della relazione medico-paziente (*parties*), mentre praticamente nulla risulta l'influenza del livello di istruzione del paziente. Risulta invece una correlazione positiva tra precedenti esperienze di contenzioso ed il ricorso al contenzioso nei casi indagati, a segnalare anche l'esistenza di un fattore di apprendimento nel ricorso all'azione legale.

⁶ La descrizione che segue è basata su Paltrinieri [2004: 34-35]. Il saggio a cui ci si riferisce è May e Stengel [1990]. Vedi anche Sloan e Hsieh [1995].

Non si vuole qui sostenere che l'elenco dei fattori considerati da May e Stengel risulti esaustivo. Altre ricerche hanno proposto liste di fattori parzialmente differenti. Ad esempio l'adozione di una prospettiva comparativa consente di interrogarsi sull'incidenza delle "soglie di accesso" al contenzioso determinate da fattori sostanziali del sistema giudiziario differenti da paese a paese. Anche le *ipotesi* avanzate dalle associazioni dei professionisti sanitari circa la sproporzione tra aspettative e capacità medica e circa l'emergere e lo svilupparsi di agenzie di intermediari specializzate nella gestione del contenzioso "dal lato dei pazienti" risultano alquanto plausibili e dovrebbero dunque essere integrate in un modello teorico che provi a spiegare la differenza di "propensione" al contenzioso secondo variabili sostanziali, contestuali, sociali e culturali⁷. Una ancora limitata letteratura sociologica, inoltre, propone di inquadrare il comportamento sociale dei pazienti colpiti da evento avverso nell'ambito di teorie sulle modalità di controllo sociale (con riferimento alla posizione delle parti in causa nella struttura sociale) o su processi di accumulazione sociale progressiva di competenze per il contenzioso⁸. Si tratta, in sostanza, di riconoscere la necessità di una più stretta integrazione, sul tema del contenzioso, tra riflessione teorica e ricerca empirica – un compito che difficilmente può essere svolto nell'ambito di un unico progetto di ricerca.

3. Caratteristiche e obiettivi dell'indagine

La ricerca di cui qui si presentano i risultati è stata messa a punto a partire da questa consapevolezza sui limiti della conoscenza oggi disponibile sul fenomeno del contenzioso e sulla necessità di sviluppare un quadro plurale e articolato dei fattori influenti sulla decisione di intentare un contenzioso sanitario. La ricerca intrapresa ha dunque ancora un carattere esplorativo e non solo per via del riconoscimento di un quadro teorico e di modelli di spiegazione ancora in costruzione. I limiti che essa stessa ha manifestato in sede di implementazione – i vincoli imposti dal Garante della privacy alla conduzione dell'indagine, una certa complessità organizzativa e di coinvolgimento delle aziende sanitarie aderenti all'indagine, bassi tassi di risposta al questionario distribuito per via postale (pur a fronte di un duplice invio), ecc. – sono testimoniati da un basso numero di soggetti partecipanti

⁷ Attento a considerare diversi ordini di fattori per spiegare le diverse forme di "reclamo" nei confronti dei medici è Mulcahy [2003]. Interessante, anche se tratta di una tematica più generale, è Friedman [1989].

⁸ Per il primo caso cfr. Mullis [1995], per il secondo cfr. Fielding [1995].

(52) che non consente di valorizzare i dati raccolti con le tecniche statistiche usualmente impiegate in indagini quantitative. Il basso tasso di adesione all'indagine ha dunque imposto un progressivo adattamento anche delle finalità della ricerca stessa, accentuando l'aspetto di esplorazione del fenomeno piuttosto che di verifica di ipotesi teoriche. In effetti l'indagine ha evidenziato un tasso di adesione basso, se confrontato con quello che generalmente si riscontra in indagini campionarie postali. Sono stati 650 i pazienti delle 3 strutture ospedaliere (Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona) destinatari del questionario predisposto per l'indagine. I questionari utili restituiti sono stati 52, pari all'8% di quelli inviati. La complessità procedurale, imposta dalle prescrizioni del "Garante della privacy" e la "delicatezza" del tema hanno evidentemente determinato un basso tasso di adesione, nonostante l'effettuazione di un secondo invio postale del questionario⁹.

Nonostante i limiti che risultano evidenti se osservata come normale indagine quantitativa, la ricerca risulta pur tuttavia interessante poiché si tratta pur sempre – in base alla conoscenza di chi scrive – della prima indagine italiana che interroga direttamente i pazienti che ritengono di essere stati danneggiati da cure mediche e per questo intentano un contenzioso. Per la prima volta si raccoglie in modo sistematico la voce dei pazienti impegnati ad ottenere un risarcimento del danno che ritengono di aver subito. Per fare ciò il questionario utilizzato è stato costruito con l'obiettivo di sondare alcuni specifici temi, in parte già emersi e documentati nella pur non copiosa letteratura esistente.

Un primo tema ha riguardato l'aspetto temporale, ovvero sia l'analisi del tempo intercorso tra l'evento avverso e la decisione di procedere ad una richiesta di risarcimento danni, sia, nel caso di un tempo intercorso superiore a 6 mesi, l'analisi delle ragioni di una decisione ritardata.

Un secondo tema esplorato riguarda i fattori, le ragioni associate alla decisione del contenzioso: dalla gravità del danno subito all'atteggiamento poco trasparente o collaborativo della struttura, dalla relazione non soddisfacente con il medico alla dotazione di risorse sociali in termini di supporto emozionale o di competenze tecnico-conoscitive.

Poiché il tema delle *reti sociali* e delle risorse che queste veicolano (es. informazioni, sostegno morale, competenze tecniche, ecc.) è stato significa-

⁹ Una puntuale descrizione delle prescrizioni del *Garante della privacy* e degli accorgimenti utilizzati per facilitare comunque il più possibile la partecipazione all'indagine da parte dei pazienti inseriti nel campione è riportata nel capitolo su *Il complesso ciclo metodologico della ricerca* curato da Maura Gobbi, Elisa Porcu e Agnese Accorsi.