

Diritti negati...

I pazienti di fronte a dubbi o a errori medici

Il 9 giugno, con 14 arrestati accusati di truffa e omicidio, la magistratura milanese fa conoscere l'inchiesta sugli errori (ed orrori) della Clinica privata convenzionata con il Servizio sanitario pubblico, Santa Rita. Sulla Casa di Cura vari lettori di Salute, nel 2005, avevano raccontato e denunciato casi di malasanità. L'inchiesta ripropone le questioni delle tutele dei malati e dell'etica dei medici.

di Francesca Moccia *

DUBBI SU OPERAZIONI O ANALISI?

In primo luogo, si può fare ricorso al proprio medico di famiglia. Questo sia perché è il professionista che meglio dovrebbe conoscere la vostra "storia" sanitaria, che può confrontarsi con chi vi ha sottoposti ad intervento o formulata una diagnosi, e chiedere maggiori informazioni, al fine di fornirvi un quadro chiaro di quanto accaduto.

POSSIBILE FARE IL SECONDO CONSULTO?

Se i tempi lo permettono, sì. Spesso però, se non esistono evidenti dubbi o perplessità da parte del vostro medico di famiglia o del professionista, il secondo consulto non è gratuito.

COSA DEVO CHIEDERE?

È nei vostri diritti quello di ottenere una informazione chiara ed esaustiva sia sulle vostre condizioni fisiche che sui trattamenti a cui verrete sottoposti fino ai tempi prevedibili di guarigione. Ricordatevi che è sempre possibile rifiutare qualsiasi terapia o intervento se non siete d'accordo, sempre che non venga riconosciuta la necessità di intervenire urgentemente per non mettere a rischio la vostra vita.

CONSENSO INFORMATO?

È un momento molto importante di scambio di informazioni. È necessario che il consenso informato vi sia presentato in forma scritta, e che contenga elementi chiari a farvi comprendere sia il tipo di intervento, che i rischi a cui andate incontro. È altresì importante sottolineare

come il consenso informato non solleva il medico dalla responsabilità professionale. Firmare il consenso informato non vuole dire che non possiate agire a posteriori per un eventuale errore subito.

ERRORE MEDICO, DOCUMENTI UTILI

Ogni tipo di documento che comprovi il vostro stato di salute precedente all'intervento, copia della cartella clinica, copia della fattura (se la prestazione è effettuata nel canale privato), analisi cliniche e diagnostiche. La cartella clinica consiste in un documento giornaliero nel quale gli operatori sanitari registrano tutte le informazioni riguardanti lo stato di salute del paziente ricoverato, la diagnosi, le terapie, le analisi e gli accertamenti strumentali cui è sottoposto. La cartella è un atto pubblico, pertanto la sua regolare compilazione deve seguire alcune regole: deve essere

costantemente aggiornata, completa e soprattutto leggibile in ogni sua parte. Ogni alterazione, incompletezza e altro difetto costituiscono reato penale. È importante chiedere copia della cartella clinica all'atto delle dimissioni. Diversi i tempi di consegna della copia, a seconda della struttura in cui vi troviate, da alcuni giorni a diverse settimane. Non può esservi rifiu-

DEVO NECESSARIAMENTE FARE CAUSA?

Non è sempre necessario o opportuno. È anzitutto fondamentale valutare, attraverso il materiale sopra descritto, se si possa realmente imputare a malpractice

il vostro stato di salute. È infatti necessario provare che il danno che voi avete subito sia derivante dall'atto a cui siete stati sottoposti. Nel caso contrario, sarebbe inutile avviare una causa quasi certamente persa in partenza. Va inoltre sottolineato come, a causa della prescrizione, purtroppo molte cause penali finiscano nel nulla. L'azione di risarcimento in sede civile può essere evitata, o almeno ci si può provare. Se infatti il vostro legale, d'accordo con il medico legale e/o lo specialista, esprimono parere positivo, si procede con un tentativo in via stragiudiziale, mediante l'invio alla controparte di una lettera, redatta dal vostro avvocato, nella quale si espongono succintamente i fatti e si chiede il risarcimento dei danni subiti. Dopo questo tentativo, si potrà comunque decidere di chiamare in cau-

sa i diretti responsabili.

CHI MI TUTELA?

Anzitutto, per maggiori informazioni ci si può rivolgere alle organizzazioni di tutela dei cittadini. Tra queste, il Pit Salute di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, fornisce gratuitamente informazioni e orientamento in ambito sanitario ai cittadini che ne avessero necessità. Il Pit salute offre anche una consulenza sull'esistenza di presunti errori nella pratica medica. (ore 9-13 0636718.444; email pit.salute@cittadinanzattiva.it)

In ogni caso, qualora abbiate dei dubbi sul professionista che vi trovate di fronte, potete controllare il suo titolo chiamando l'Ordine dei medici della vostra città o consultando il sito della federazione nazionale degli ordini dei medici, FNOMCEO.

* Coordinatrice nazionale Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva

...ed etica perduta

Quando profitto e incentivi minano la professione medica

di Mariapaola Salmi

La mancanza di fiducia può essere fatale. Specie se riguarda il bene più prezioso che abbiamo, la salute. Adesso dopo l'ennesima angosciante vicenda della clinica milanese Santa Rita, la gente si chiede se sia ancora possibile fidarsi della nostra sanità. «Quanto accaduto alla Santa Rita è criminale», ha ribadito più volte in queste settimane il chirurgo Ignazio Marino, senatore Pd ed ex presidente della Commissione sanità del Senato, «certi fatti non dovrebbero mai accadere in un paese civilizzato come l'Italia che ha un servizio sanitario nazionale tra i migliori al mondo e una classe medica tra le più preparate».

Certo la medicina non è una scienza esatta, non sempre alla cura segue la guarigione, e l'errore è possibile. Ma i medici sono cambiati, gli errori aumentano e a volte si trasformano in colpe gravi che niente hanno a che vedere con l'atto medico. Dov'è finita l'etica professionale e gli Ordini come si comportano? «Tra richiami, sanzioni e in estrema ratio la radiazione, fanno poco, se non aspettare che la magistratura compia il suo lavoro», dice Amedeo Bianco, presidente di Fnomceo, la Federazione degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, «purtroppo la società vive una fase di appannamento di alcuni valori che coinvolge anche la professione medica ma non possiamo generalizzare. Temo che episodi di cattiva sanità continueranno ad esserci, tuttavia non sono assolutamente rappresentativi della realtà: migliaia di professionisti lavorano con passione, magari con qualche insofferenza, ma credono nei valori etici e deontologici della professione».

Dello stesso parere Carlo Lusenti segretario nazionale Anao/Assomed, uno dei maggiori sindacati di categoria, che punta il dito sulla mancanza di trasparenza e chiarezza nelle quali è costretto a lavorare oggi il medico. «La maggior parte sta dentro un frullatore che non guarda alla qualità dei risultati ma premia la produttività», afferma

Lusenti, «dal momento che il meccanismo per fornire assistenza è l'appalto e il sub-appalto, sistemi che specie nel privato alimentano comportamenti opportunistici e criminali».

Il profitto detta le sue regole nel privato dove vige il principio del "faccio di più per avere di più", meno o per niente nel pubblico gravato dal tetto di spesa che costringe i medici ad agire secondo il criterio del "faccio quello che posso". «Un medico

che fa le sue 38 ore in ospedale ha uno stipendio mensile variabile da 2.200 a 4.500 euro. Nel privato c'è di tutto, ci troviamo di fronte a un meccanismo patologico che va risanato con regole diverse e verifiche serie a tappeto», afferma Roberto Lala, segretario generale del Sumai, il sindacato dei medici ambulatoriali.

Il meccanismo è quello del pagamento a cottimo dettato

dai Drg, il sistema dei rimborsi a prestazione che ha sostituito i pagamenti a piè di lista ossia a giornata di degenza. Da buttare? No, rispondono i medici, i Drg hanno fatto una certa pulizia e consentono il controllo della spesa che va allargato alla qualità delle cure. Per Ignazio Marino andrebbe proibita l'incentivazione economica in sanità, la remunerazione sul "quanto" si fa e creato invece un sistema di verifica presente già in molti paesi.

L'accoppiata denaro-salute

può diventare un inferno per medici e malati.

Tant'è che aumentano le denunce (in Italia 30 mila l'anno, negli Stati Uniti quasi 100 mila) per cattiva pratica medica, con cause che durano anni cui si contrappone una sanità che prende le distanze dal malato, con un giro assicurativo che sfiora i 500 milioni di euro l'anno e il crescente fenomeno della medicina difensiva. «C'è il medico che fa di più perché non si dica che non ha fatto tutto il possibile, e c'è quello che non fa

per evitare il rischio, ma il medico deve rispondere prima di tutto a se stesso e invece non sa come porsi», commenta Roberta Chersevani, presidente dell'Ordine di Gorizia.

La questione del rischio clinico non può più essere ignorata. «Capire "perché" si è verificato un errore è il primo passo per evitare che si ripeta», suggerisce Riccardo Cassi del Coordinamento italiano medici ospedalieri, Cimo, «la creazione delle Unità di rischio è improrogabile per valutare e controllare gli standard di accreditamento e il percorso diagnostico-terapeutico». Niente possono invece controlli, ordini e magistratura se il medico smarrisce i valori e la dignità della sua missione. ♦

Isterectomia

Quell'operazione evitabile

BEN 70 mila ogni anno, in Italia, le isterectomie (asportazioni dell'utero), in gran parte per risolvere flussi mestruali troppo abbondanti. Il dato non ha riscontri in nessun altro paese dell'Europa occidentale ed è invece un costo personale e sociale, evitabile in più del 60 per cento dei casi. Anche qui, come per i parti cesarei (record tutto italiano), affiorano dubbi, anche legati a questioni economiche. «Occorrono informazione corretta per le donne e aggiornamento per i medici, a iniziare da quelli di famiglia» incoraggia Giampietro Gubbini, ginecologo bolognese, responsabile del progetto salva-utero MeStop (www.mestop.com). «L'isterectomia dev'essere l'eccezione, decisa a ragion veduta, dopo visita generale e ginecologica accurate, esame del sangue per valutare l'eventuale anemia, ecografia e colloquio, per capire quale sia il vissuto del disagio personale». L'approccio risolutivo, infatti, deve essere per lo più riservato a un trattamento medico, o alla chirurgia conservativa. «Le due fasce d'età più esposte a mestruazioni spossanti, per durata e quantità, sono l'adolescenza (soprattutto nel primo anno mestruale) e il decennio 40-50» spiega Alessandra Graziottin, direttore del centro "San Raffaele-Resnati" di Milano. «In gioco ci sono gli ormoni femminili, in assestamento nelle giovani, in progressiva alterazione nelle adulte. Nelle prime, la pillola contraccettiva (scelta a misura di singola adolescente) riassume presto la situazione. Nelle secondè, soprattutto se hanno già avuto un figlio, è più adatto un approccio locale, con un dispositivo intrauterino (IUS), che rilascia il progestinico levonorgestrel: 20 microgrammi al giorno per cinque anni». Questa dose, che non ha ripercussioni su altri organi, ha anche effetto contraccettivo (reversibile appena si toglie lo IUS) e di protezione dell'endometrio. Il costo? Meno di 3,5 euro al mese, ma a carico delle pazienti. (cecilia ranza)

Rimborsi

Se si "gioca" sulle tariffe

FACCIAMO l'esempio più banale per una delle condizioni più frequenti, la nascita. Il Servizio sanitario nazionale rimborsa per un parto naturale in ospedale mediamente 1.400 euro oltre alle 300 euro circa per giorno di ricovero; per un cesareo complicato paga il doppio. Quello che abbiamo descritto è il sistema DRG. Sviluppato negli anni Sessanta alla Yale University per definire gruppi di pazienti simili al fine di verificare l'appropriatezza dell'assistenza ricevuta e i costi delle cure. Il DRG è un sistema che attribuisce a un atto medico più o meno complesso un valore economico. In poche parole trasforma l'attività medica in fatturato. Il DRG, Diagnosis Related Groups, entrato a regime in Italia nel 1995, è un sistema di classificazione per raggruppamenti omogenei di diagnosi (rod). Sono circa 490 le categorie finali di ricovero inserite in 25 categorie diagnostiche (mdc). La SDO, scheda di dimissione ospedaliera, è il fulcro del DRG. Le tariffe fissate per ogni drg sono riferite ad un ipotetico costo medio, le regioni adottano tariffe con range di variabilità superiori anche al 20%. Il sistema DRG consente di stabilire il consumo di risorse assistenziali e i costi di produzione. Vantaggi: controllo della spesa, riduzione degenza, incentivi per l'efficienza, minor lista d'attesa. Svantaggi: dimissione precoce, minore qualità, eccesso dell'offerta dei servizi, ricoveri ripetuti. (mp. s.)

Deontologia

Quel codice tradito dell'Ordine

IL PRIMO Codice di deontologia medica, scritto dall'Ordine dei medici di Torino, è del 1912. La seconda edizione chiamata "Codice Frugoni" del 1954. Dopo diverse revisioni (1978, 1989, 1995, 1998) si arriva alla settima edizione, l'ultima, del 2006. Il Codice contiene il giuramento professionale, si compone di 75 articoli e due linee guida dedicate al conflitto d'interesse e alla pubblicità dell'informazione sanitaria. I cambiamenti sono molti e importanti. Il medico è invitato nell'articolo 5 a tener conto dell'ambiente e a promuovere la prevenzione e la tutela della salute individuale e collettiva. Per la prima volta il Codice pone l'attenzione sulla necessità e il dovere del medico di collaborare per la prevenzione del rischio e per la sua corretta gestione nell'articolo 14 che tratta anche la sicurezza del paziente. Mentre all'articolo 17 (Rispetto dei diritti del cittadino) si prende in esame il mutamento intervenuto nel rapporto medico-paziente e si ribadiscono i principi di alleanza terapeutica. Come sempre è ribadito il divieto ad ogni forma di comparaggio e il no all'eutanasia. Non mancano indirizzi sull'attenzione alla corretta informazione anche dei piccoli pazienti, note sulla fecondazione assistita, la ricerca biomedica e la sperimentazione, e le medicine non convenzionali. (mp. s.)