

PAZIENTE PREPARATO, PAZIENTE SALVATO

*Guida pratica
per tutelare e proteggere
il diritto alla salute*

Franco Stefanini

Terza Edizione - 2017

Titolo:

“Paziente preparato, paziente salvato.

Guida pratica per tutelare e proteggere il diritto alla salute”

Autore: Franco Stefanini

Con il contributo di Roberta G. Amidani

Terza edizione marzo 2017

Seconda edizione aprile 2016

Prima edizione aprile 2015

Quest’opera è protetta dalla legge sul diritto d’autore.

È vietata ogni riproduzione, anche parziale, non autorizzata.

SOMMARIO

PREFAZIONE DI PAOLO MORENI	10
POSOLOGIA E AVVERTENZE	12
I FALSI MITI	14
IL DIRITTO ALLA SALUTE	16
IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE	21
GLI OPERATORI	ERRORE. IL SEGNA LIBRO
NON È DEFINITO.	
IL MEDICO DI FAMIGLIA	25
LA GUARDIA MEDICA	31
IL PRONTO SOCCORSO	33
LO SPECIALISTA	43
IL SECONDO PARERE	46
IL CONSENSO INFORMATO	49
SCOPRIRE LE ALTERNATIVE	56
MEDICINA ALTERNATIVA	58
ERRORI E ALTRE DEFINIZIONI	61
L'AUTORE	90
RINGRAZIAMENTI	93
BIBLIOGRAFIA E FONTI	94

PREFAZIONE DI PAOLO MORENI

(Medico Legale)

I percorsi di diagnosi e cura, nel terzo millennio, non possono più prescindere dal coinvolgimento attivo dei pazienti poiché essi ne sono a pieno titolo stakeholder (= portatori d'interesse), insieme a personale sanitario e socio- assistenziale, strutture sanitarie, aziende private erogatrici di prestazioni assistenziali e/o sanitarie.

La tumultuosa evoluzione e implementazione delle conoscenze mediche, così come delle tecnologie sanitarie, pone quotidianamente i pazienti a confronto con scelte che attengono alla loro salute e riguardano il tipo di specialista al quale rivolgersi, la tecnica operatoria alla quale sottoporsi, quale terapia farmacologica assumere e molto spesso, nonostante siano già incanalati in un percorso clinico-assistenziale, essi si sentono smarriti, scarsamente - o per nulla - accuditi né correttamente consigliati.

Sono queste le situazioni maggiormente a rischio di errore da parte dei professionisti sanitari, le cui

conseguenze sulla salute e sulla vita dei pazienti sono talora di elevatissimo impatto.

Coinvolgere il paziente nel processo di diagnosi e cura significa dunque prepararlo ad affrontare una situazione del tutto nuova, incognita, rispetto alla quale egli non ha strumenti adeguati poiché non ha le adeguate conoscenze. La disponibilità ed accessibilità dell'informazione medica, infatti, oggi, rappresenta un Giano bifronte che se da un lato fornisce qualche elemento conoscitivo utile, devia e destabilizza troppo spesso i pazienti se non è filtrata dalla voce esperta di chi con coscienza ed attenzione esercita la professione sanitaria.

Proprio in ragione dell'abnorme quantità di informazione, spesso ambivalente, accessibile al paziente, egli deve sentire il dovere - e non solo il diritto - di chiedere: chiarimenti, indicazioni, precisazioni ma anche aiuto nella decisione, assistenza nei propri movimenti, presenza nel percorso di cura.

Il pregio del manuale "Paziente preparato" sta esattamente qui: è un messaggio efficace, diretto, basato anche su richiami normativi e dottrinari ma intellegibile e trasversale, volto a rendere pazienti (e parenti) consapevoli del loro ruolo imprescindibile e attivo all'interno dei percorsi di diagnosi e cura, a beneficio non solo proprio ma anche dei professionisti sanitari coinvolti.

Paolo Moreni

POSOLOGIA E AVVERTENZE

Leggere questa guida non farà miracoli.

Se il paziente siete voi, non vi farà guarire di colpo.

Se il paziente è qualcuno che amate, non riuscirà a migliorare il suo stato di salute.

È una guida e quello che potrà fare sarà *guidarvi* e stimolarvi a essere preparati, ad aprire gli occhi e a informarvi come si deve.

In tutte le pagine che seguiranno, troverete più volte ripetute TRE parole:

CONOSCENZA, COMPRENSIONE E LIBERTÀ.

La finalità di questa guida è quella di fornirvi gli strumenti per conoscere il vostro stato, o quello del vostro caro ed essere liberi, perché solo conoscendo e capendo quello che accade, le cure proposte e le alternative a disposizione, potrete essere liberi di scegliere, diventando parte attiva nel processo di guarigione.

*“Non giudicare sbagliato ciò che non conosci,
prendi l’occasione per comprendere.”*

Pablo Picasso

I FALSI MITI

“Alla salute ci penserò domani”.

“Non sai mai cosa ci fanno mangiare”

“La mia dieta la gestisco io”.

“Con la sanità che ci troviamo è meglio non ammalarsi”.

“I vaccini fanno bene solo a chi li produce, un antibiotico al giorno leva il medico di turno”.

Gli immigrati portano le malattie”.

“Non si spendono soldi per la ricerca e i cervelli migliori scappano all'esterno”.

“Donare gli organi? E chi si fida?

“Le malattie mentali non si curano”.

“Le medicine costano troppo e lo stato non fa nulla”. “I farmaci generici sono una bufala”.

“La stessa siringa costa diversamente al Nord e al Sud”.

“I falsi miti sono un danno per la salute e ne siamo pieni: dai vaccini che provocano l'autismo alle ultime vicende di Stamina”.

Queste le parole del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in apertura dell'evento “La

sanità in Italia, falsi miti e vere eccellenze”, del 22 aprile 2015, dedicato al confronto fra istituzioni, mondo scientifico, organi di stampa e cittadini sulla potenza dei luoghi comuni in sanità a danno della nostra salute per sfatare più falsi miti possibile, contrapponendovi verità scientifiche e proponendo le eccellenze di cui il nostro Paese è ricco.

“Il pericolo è dato dalle maglie larghe che abbiamo lasciato” – ha spiegato il Ministro raccontando come, dopo aver letto notizie confuse e sentito in Tv discorsi pieni di luoghi comuni e informazioni false, avesse deciso di dar vita al convegno.

I luoghi comuni sono pericolosi.

I falsi miti sono mortali. Le notizie tendenziose e manipolate da chi non ha voglia o tempo per verificare le fonti ma riporta articoli facendo copia e incolla, con titoloni giganti e paurosissimi, sono potenzialmente tanto dannose come la peggiore delle malpractice.

IL DIRITTO ALLA SALUTE

Se siete esseri umani e vivete in Italia, sappiate che esiste un articolo della Costituzione che tutela il vostro diritto alla salute:

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.»

In pratica, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della Sanità, significa - o dovrebbe significare - che come individui abbiamo il diritto di godere di uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale. Sempre stando all'articolo 32 della Costituzione, lo Stato ci garantisce cure a prescindere dalle nostre capacità economiche.

Cosa significa?

Che possiamo:

- fare affidamento sul sistema sanitario nazionale;
- avere un medico di base;
- accedere alle strutture sanitarie pubbliche;
- farci visitare e prescrivere farmaci;
- farci curare.

Il tutto senza bisogno di mettere mano al portafoglio o avere un'assicurazione privata, come invece accade in altri Paesi, per coprire le spese.

A livello teorico, dunque, vivere in Italia fa sì che il nostro diritto alla salute, che la Costituzione chiama “fondamentale”, sia tutelato e garantito dal Sistema Sanitario Nazionale.

Secondo la Relazione sullo stato di salute del Paese, del Ministero della Salute, relativa al 2012-2013, “La salute non è solo un valore di per sé ma è anche un driver per la crescita.” E l'Italia, nel 2012, sempre stando ai dati del documento ufficiale, si è posizionata ai primi posti nella graduatoria europea della speranza di vita alla nascita (79,6 anni per gli uomini e 84,4 per le donne).

La vita media sopra i 65 anni rimane in Italia tra le più elevate d'Europa.

I dati sembrano incoraggianti, per lo meno finché non si arriva ai risultati della Commissione per il

rischio clinico (istituita con DM del 2003) che rivelano come, su circa 8.000.000 di persone ricoverate ogni anno, 320.000 (il 4% circa) siano dimesse dall'ospedale con danni o malattie dovuti a errori di terapia o a disservizi ospedalieri.

“320.000 errori, ogni anno”

Si tratta di una stima, ovvero di una specie di statistica, come recita il documento ufficiale del Ministero, perché gli errori non vengono numerati e timbrati e, anzi, molti di loro restano nell'ombra, ma ciò che emerge è che tra la giurisprudenza, le definizioni utopistiche dell'OMS e la realtà, a volte, c'è un baratro dato da una commistione fra umanità, caso e disorganizzazione.

Avendo a che fare con il suddetto sistema, può anche succedere che ci si senta poco o nulla tutelati e che il paziente si ritrovi inerme, privo di difesa e in una condizione d'inferiorità rispetto a chi dovrebbe prendersi cura della sua persona.

Parlando di errori, stando ai numeri diffusi dalla Commissione tecnica sul rischio clinico (istituita dal Ministero della Salute) parliamo di circa 90 casi al giorno, dei quali il 70% dipende da difetti organizzativi o carenze delle strutture, mentre il residuo 30% deriva da fattori umani o errori professionali.

Alcuni di questi episodi sono naturali e inevitabili, altri meno.

Lo scopo della Commissione è esattamente quello: riconoscere l'errore non per punire il colpevole ma per ridurlo e, per farlo, la Commissione ha redatto e pubblicato migliaia di pagine di linee guida per aiutare gli operatori a migliorare il livello di servizio.

Il Ministero della Salute, con il piano nazionale, si impegna perché il personale e l'intero sistema siano sempre più efficienti, cerchino di individuare le falle e vi pongano rimedio e diffonde pubblicazioni, raccomandazioni e aggiornamenti continui sul tema del "risk management". Istituita con DM marzo 2003.

Ma non basta, perché quando c'è in gioco la nostra vita e la nostra salute, per quanto sia giusto affidarsi al Sistema Sanitario Nazionale, **è meglio essere preparati, sapere come muoversi, cosa fare e cosa no.**

Farsi atterrire dai numeri e preoccuparsi serve a poco, mentre è indispensabile prepararsi e abituarsi a essere parte attiva.

Per aiutare le persone a prepararsi, abbiamo steso un elenco di linee guida, utile a chiunque si trovi ad aver bisogno di cure mediche (in prima persona o al fianco di un parente).

L'intento di questo manuale è quindi dare alcuni punti di riferimento e fare in modo, per quanto possibile, che la preparazione del paziente (e del parente del paziente) consenta di orientarsi e contribuisca a facilitare il compito delle strutture sanitarie, o almeno eviti di complicarlo.

IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

Se il nostro computer si rompe, troviamo un tecnico, glielo portiamo e lui lo ripara.

Se, una volta tornati a casa, il computer ancora non va, o non va come dovrebbe, torniamo dal tecnico e ce lo facciamo sistemare di nuovo, oppure gli chiediamo di ridarci i soldi: lui ha sbagliato, ed è normale che ripari.

Ma come pazienti di un medico, se la cura non funziona e non ci sentiamo meglio, di certo non pensiamo che la colpa sia del dottore, quanto magari nostra, che non abbiamo seguito tutte le indicazioni, o del nostro corpo, che non ha reagito come avrebbe dovuto, o di qualche altra complicità in itinere.

Lui, il dottore, ha una cultura che ai nostri occhi pare infinita, lavora in un campo che non conosciamo e che guardiamo con un misto di ammirazione e timore reverenziale.

Noi ci rivolgiamo a lui dandogli del lei, chiamandolo “dottore”, o “professore”, lui

molto spesso ci chiama semplicemente per nome.

Di fronte a lui, vestito e con il camice addosso, siamo nudi (e spesso non solo in senso metaforico, ma quasi sempre scoperti), spaventati, ignoranti e sofferenti.

Quando un consulente finanziario ci propone un nuovo investimento, mentre lui spiega, facciamo domande, chiediamo, lo interroghiamo, facciamo in modo che quello che dice sia chiaro e che la nostra scelta, visto che si tratta del nostro denaro, sia consapevole.

Se usa parole o termini poco familiari, lo interrompiamo e chiediamo spiegazioni finché non abbiamo capito. E se alla fine non siamo soddisfatti delle informazioni che ci ha dato, non accettiamo di firmare il contratto.

Ma quando le informazioni contorte arrivano da un dottore che usa termini medici e paroloni che non ci dicono nulla e noi non capiamo, spesso ci sentiamo ancora più frustrati e non sapendo nemmeno cosa chiedere, evitiamo addirittura di fare altre domande.

Eppure, ciò che gestisce quel dottore dovrebbe essere molto più importante di un computer o di un po' di soldi e noi, come pazienti, dovremmo

essere trattati come persone, prima che come clienti.

In fondo, il nostro diritto alla salute è addirittura tutelato dalla Costituzione Italiana, no?

No. O meglio, sì, la tutela esiste, così come esistono commissioni istituite ad hoc per controllare la sanità e il suo funzionamento, ma **non esiste alcuna legge o commissione che possa sostituirsi a noi**, e renderci più consapevoli e preparati e che possa di conseguenza riequilibrare la distanza fra paziente e medico, perché solo noi possiamo farlo, prendendo coscienza dello stato dell'arte, del funzionamento del sistema e delle opzioni che abbiamo prima, durante e dopo la cura.

- **Prima:** sapendo come scegliere a chi affidarci, su cosa informarci e a cosa fare attenzione.
- **Durante:** modificando il nostro atteggiamento in modo utile e costruttivo.
- **E dopo:** conoscendo i doveri e le responsabilità di chi ci ha curato.

Sapere come comportarci prima, durante e dopo farà di noi un “paziente preparato” ed essere preparato aumenterà le probabilità di sopravvivenza e guarigione.

Come? Partendo da noi:

- Dalla nostra capacità di contribuire al lavoro di chi ha il dovere di difendere il nostro diritto e di non intralciarlo o renderlo più difficile di quanto già non sia.
- Dalla possibilità di scegliere come e dove e da chi farci curare.
- Dalla comprensione di ciò che sentiamo e vediamo.
- Dalla nostra forza, variabile diretta della nostra preparazione.

IL MEDICO DI FAMIGLIA

DEFINIZIONE

Il medico di famiglia, conosciuto anche come medico di medicina generale (M.M.G.), medico di base, o medico curante o di fiducia, è un medico che, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, si configura come l'ufficiale sanitario di primo livello, ovvero presta il primo livello di assistenza sul territorio.

Come si legge dal Contratto collettivo nazionale, è il **medico di fiducia del singolo individuo**, responsabile dell'erogazione di cure integrate e continuative a ogni singola persona indipendentemente dal sesso, dall'età e dal tipo di patologia.

L'attività principale viene svolta presso lo studio medico, dove riceve per le visite ambulatoriali.

Lo studio è di norma aperto cinque giorni la settimana, strutturati tra mattina e pomeriggio; gli orari affissi devono tener conto del numero totale degli assistiti. Generalmente a ogni assistito è correlata una scheda sanitaria.

L'accesso alla visita ambulatoriale avviene secondo le modalità e negli orari indicati dal Medico, preferibilmente su appuntamento.

Riguardo invece alla modalità di visita domiciliare, di norma si svolge:

- entro la giornata, se la richiesta è stata fatta entro le ore 10.00;
- il giorno successivo, se la richiesta è stata fatta dopo le ore 10.00.

La visita a casa è gratuita qualora il medico, accertata la situazione clinica del paziente, stabilisca la non trasportabilità dello stesso in ambulatorio.

A CHI SERVE?

A tutti i cittadini italiani sopra il sedicesimo anno di età (prima c'è il pediatra).

QUANDO SERVE?

In caso di bisogno, ma non solo: sarebbe una buonissima abitudine frequentare lo studio del medico di famiglia con costanza, almeno una o due volte l'anno perché se invece di curare le malattie, curassimo il nostro benessere, staremmo tutti molto meglio.

RIFLESSIONI

Bistrattato, non considerato, usato quasi esclusivamente per prescrizioni volanti da ritirare dopo una telefonata, il medico di famiglia, in Italia, non gode certo della considerazione che merita.

Le sale d'attesa del medico della mutua, infatti, pullulano per lo più di vecchini che ingannano il tempo andando a far la fila per raccontare i propri acciacchi a qualcuno che li ascolti.

In realtà, il medico assegnato d'ufficio in base al quartiere di residenza, è (almeno potenzialmente) una risorsa straordinaria e tutti noi dovremmo andare a trovarlo almeno ogni tre mesi per informarlo sul nostro stato di salute generale e farci visitare.

Tre mesi. Già.

Vi pare un tempo assurdo?

Pensate che solo un pensionato (o un milionario) possa permettersi di “perdere” tanto tempo e così di frequente?

Si tratta del nostro corpo, della nostra salute, della nostra vita.

Considerate che la nostra vita è il bene più prezioso di cui disponiamo e che il nostro corpo è un organismo complicato e delicatissimo, il cui equilibrio è perennemente messo a repentaglio e necessita di più attenzioni di quante non gliene diamo.

Basta pensare che ci accorgiamo di avere una pancia (o una testa) solo se inizia a farci male.

Questo perché diamo più attenzioni all'esterno che all'interno, preoccupandoci moltissimo di avere un bell'aspetto e di combattere i segni del tempo, e meno di salvaguardare il nostro organismo, curarlo, controllarlo, e mantenerlo sano.

Le signore (e - stando ai sondaggi - anche i signori) spendono centinaia di ore ogni anno, almeno una volta al mese, per manicure, pedicure, cerette e altri ammenicoli estetici.

C'è chi lava l'auto, dentro e fuori, più volte la settimana, e chi cura con maniacale dedizione il proprio involucro con ore in palestra, massaggi, e creme costosissime (e non sempre altrettanto benefiche).

Tempo fa, proprio a proposito di creme, ci raccontarono il caso di una signora sulla cinquantina con i valori della tiroide completamente sballati.

Le analisi, prescritte per telefono dal medico di base, rivelavano livelli di allarme e la signora, a quel punto preoccupatissima, iniziò a temere di "avere qualcosa di brutto".

«Fa uso di creme?»- domandammo al marito.

«Oh, sì, non sapete quante: il bagno è pieno e quella che costa meno è un leasing!», ci rispose.

Nell'avere conferma, spiegammo all'uomo come le creme corpo, in particolare quelle contro la cellulite e le smagliature, contengano componenti chimici che penetrando attraverso la cute entrano

in contatto con gli organi interni, in particolare con la tiroide.

Nel nostro Paese, uomini e donne spendono più di nove miliardi di euro l'anno in prodotti di bellezza.

La vendita di creme, saponi e cosmetici resiste al difficile momento economico.

Secondo le indagini del 2014, una quota compresa tra il 34% e il 40% degli Italiani non ha cambiato abitudini al riguardo e addirittura un 19% afferma che malgrado il periodo ha consumato anche di più "poiché bisogna sapersi tener su, specie nei momenti che sono più seri e con più problemi".

Come se non bastasse, l'Italia, in barba alla crisi, è il terzo stato del mondo con più interventi di chirurgia estetica.

Il fuori, dunque, risulta più curato del dentro.

E non va bene perché la superficie è lo specchio del profondo e - anche pensando solo all'estetica - se il profondo sta male o soffre, qualsiasi opera di restauro esterno è destinata a durare poco.

Prenderci cura di noi, del benessere dei nostri organi, viceversa, oltre a migliorare la sostanza, ci rende anche più piacevoli nella forma.

Andare spesso dal medico di famiglia e farsi visitare dovrebbe diventare un'abitudine, come lavarsi i denti, fare il tagliando alla macchina e cambiare la biancheria del letto.

LA SCHEDA: IL MEDICO DI FAMIGLIA

1. SE IL NOSTRO MEDICO DI FAMIGLIA NON CONVINCE, CAMBIAMOLO;
2. FACCIAMOCI VISITARE OGNI TRE MESI. O ALMENO OGNI SEI;
3. TENIAMOLO INFORMATO SUL NOSTRO STATO DI SALUTE;
4. SE ABBIAMO UN PROBLEMA, NON TELEFONIAMO, FACCIAMOCI VEDERE;
5. SE VOGLIAMO VEDERE UNO SPECIALISTA, PRIMA ANDIAMO DAL MEDICO DI FAMIGLIA E FACCIAMOCI CONSIGLIARE DA LUI.

LA GUARDIA MEDICA

DEFINIZIONE

La *guardia medica* è un servizio che garantisce l'assistenza di un medico di base o di un pediatra in situazioni di emergenza, che si presentino durante la notte o nei giorni prefestivi e festivi.

La prestazione è gratuita e può essere richiesta telefonando al numero indicato nelle prime pagine degli elenchi telefonici della propria città e in rete. Altrimenti, può essere richiesta al numero telefonico di emergenza 118.

QUANDO SI CHIAMA

Quando non è possibile rivolgersi al proprio medico di famiglia (perché è notte, è sabato, o è Natale, per esempio).

Il servizio è attivo dalle 20.00 alle 8.00 nei giorni feriali e dalle 10.00 del sabato o di un qualsiasi

giorno prefestivo alle 8.00 del lunedì o del primo giorno feriale seguente.

A COSA SERVE

I compiti della guardia medica sono i seguenti:

- assicurare il pronto intervento urgente, anche a domicilio, nelle ore in cui il medico di famiglia non è reperibile;
- prescrivere i farmaci necessari per le terapie d'urgenza; la quantità prescritta deve essere sufficiente per non più di 3 giorni;
- redigere un certificato di malattia in caso di necessità, di durata non superiore ai 3 giorni;
- disporre, se opportuno, il ricovero in ospedale.

A COSA NON SERVE

I medici di guardia non possono:

- prescrivere medicinali ordinati da altri medici o dall'ospedale, al momento della dimissione;
- assicurare le prestazioni ambulatoriali non urgenti;
- prescrivere analisi, visite specialistiche o cicli di terapia;
- prescrivere farmaci o fare certificati a persone diverse da quelle per cui è stato richiesto l'intervento.

IL PRONTO SOCCORSO

DEFINIZIONE

Il pronto soccorso è un'unità operativa dell'ospedale dedicata **ai casi di emergenza** e con spazi dedicati alla breve osservazione.

Qui vengono prestate le prime cure in tutti i casi di urgenza ed emergenza (traumi, infarti, ecc.) e si accede quindi in modalità di “ricovero urgente”.

A COSA SERVE

Al pronto soccorso si deve rivolgere chi ha bisogno di un intervento urgente o di emergenza, in caso di malori improvvisi, traumi o emorragie non risolvibili dal medico di famiglia o dal pediatra. Il servizio deve essere presente in tutti gli ospedali, deve essere garantito 24 ore su 24 e deve prestare cure rapide che affrontino l'emergenza. In seguito il medico valuta la gravità della situazione e decide se è opportuno dimettere la persona, trasportarla gratuitamente in altre

strutture ospedaliere oppure ricoverarla in uno specifico reparto.

L'ORDINE D'ACCESSO

L'ordine d'accesso dei pazienti viene stabilito con un sistema che si chiama *triage*, attraverso il quale gli infermieri responsabili dell'accoglienza, assegnano al paziente, al suo arrivo, un grado di urgenza rappresentato da un "codice colore":

- codice rosso: corrisponde a emergenza con accesso immediato alla sala;
- codice giallo (o "urgenza"): con accesso alla sala entro 10-15 minuti;
- codice verde (o "urgenza differibile"): cioè senza segni di imminente pericolo di vita;
- codice bianco (o "non urgenza"): in alcuni casi viene fatto coincidere con accesso improprio e quindi sottoposto al pagamento del ticket.

APPROFONDIMENTO

“AL PRONTO SOCCORSO NON SI VA IN ESTATE”.

Il titolo è una provocazione. Per lo meno in parte considerando che le statistiche dicono che il periodo più affollato, in Pronto Soccorso, sia proprio quello estivo. Le giornate invitano alla vita all'aria aperta, la vita all'aria aperta porta movimento, passeggiate in bici, gite in moto, e il movimento (che fa benissimo!) è più rischioso della sedentarietà difficile cadere dal divano e lussarsi una spalla, no? Ecco. In estate succedono più incidenti. E poi fa più caldo, quindi le persone più deboli (anziani e bambini), sono più esposte a malori. E i P.S. s'intasano. E **con l'aumentare della gente cresce la confusione, si abbassa il livello di attenzione, l'efficienza del servizio cala, aumentano gli errori.**

Per essere PREPARATI, in grado di alzare il livello di guardia e tenerlo alto, il punto di partenza è prendere coscienza di alcune considerazioni:

- essere malati ci pone immediatamente in una condizione di dipendenza e inferiorità rispetto al sistema sanitario;
- quando poi il nostro stato di salute è tale da privarci della lucidità necessaria per compiere scelte consapevoli, le cose si complicano;

- quando stiamo male, e temiamo per la nostra vita (o per quella di qualcuno che amiamo), ci piacerebbe sentirci protetti nel posto più sicuro del mondo, al riparo da errori, ma in Pronto Soccorso e negli ospedali (sia pubblici, sia privati), lavorano degli esseri umani;
- gli esseri umani non sono infallibili e in quanto tali, specie in determinate condizioni, possono commettere errori;
- la medicina non è una scienza esatta, ma in continua evoluzione e ciò che valeva fino a pochi anni fa, oggi probabilmente è cambiato o sta cambiando: il valore di un medico è dato dalla somma fra preparazione, esperienza sul campo, studio e aggiornamento continuo, oltre a capacità empatiche.

Per ridurre i rischi, è essenziale che noi (o chi ci accompagna) sia preparato e vigile, e che sappia come comportarsi e a cosa fare attenzione.

Ora, prima di parlare di cosa fare in pronto soccorso, è determinante capire come ci arriviamo:

- A. ci andiamo senza aver consultato nessuno;
- B. ci andiamo dopo aver sentito il parere del medico di famiglia o dello specialista che ci segue;

C. ci andiamo in ambulanza.

Il primo caso è il più semplice ed è anche quello che in linea di massima dovrebbe essere molto raro: sentiamo un dolore e senza consultare nessuno, decidiamo di andarci. Non chiamiamo il 118, prendiamo l'auto o ci facciamo accompagnare.

A meno che il dolore non sia tale da farci sospettare una morte imminente, prima di fiondarci in Pronto Soccorso sarebbe bene chiamare il medico di famiglia, e farci visitare da lui.

Se pensiamo che non ci va, o che non ci fidiamo o che non capisca, forse sarebbe il caso di cambiarlo.

A prescindere dalla possibilità di averne un altro, prevista dalla legislazione sanitaria nazionale, consideriamo che il Pronto Soccorso esiste per intervenire in casi di emergenza.

Un dolorino all'addome, il mal di gola, un dente "che batte", non rientrano nelle emergenze.

LA SCHEDA: IL PRONTO SOCCORSO

1. SCEGLIAMO QUALCUNO VICINO PERCHÉ CI FACCIA DA SENTINELLA.
2. CHIAMIAMO UN AMICO.
3. CHIAMIAMO IL NOSTRO MEDICO PERCHÉ TELEFONI IN PRONTO SOCCORSO.
4. PORTIAMO CON NOI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RELATIVA AL NOSTRO “PROBLEMA” DI SALUTE ATTUALE E AI PRECEDENTI RICOVERI (SE CI SONO STATI).
5. FACCIAMO IN MODO CHE CHI CI ACCOMPAGNA SI RENDA UTILE.
6. SCOPRIAMO CHI SI PRENDE CURA DI NOI.
7. CHIEDIAMO FINCHÉ NON ABBIAMO CAPITO.

Vediamo, nel dettaglio, quali sono i consigli più importanti da seguire in Pronto Soccorso.

SCEGLIERE LA “SENTINELLA”

Il primo punto riguarda la scelta di un parente o un amico che possa accompagnarci, non solo in senso fisico, ma che possa prendersi cura di noi e fare le nostre veci nel rapporto con il personale sanitario, agendo come una vera e propria *sentinella*.

Questa figura avrà il compito di interfacciarsi con i medici e gli infermieri e sostituirsi a noi nel caso in cui si perda lucidità.

CHIAMARE UN AMICO.

Lasciando perdere ogni forma di ipocrisia, ricordiamoci che siamo in Italia (ma il ragionamento vale anche per il resto del mondo) e che in Italia, se non conosci qualcuno, non sei nessuno. Questo triste ma verissimo discorso vale per tutto, a maggior ragione per l'ambiente sanitario nazionale.

Se abbiamo un amico importante, un primario, un medico, qualcuno che conosce la struttura in cui siamo, meglio chiamarlo. O farlo chiamare.

L'osservatore, come si usa dire, cambia l'evento, e per il personale medico che ci accoglierà, di colpo saremo un po' meno un numero, e un po' più una persona.

CHIAMARE IL MEDICO E FARE IN MODO CHE TELEFONI.

Possiamo chiamare il medico di famiglia, o lo specialista al quale ci rivolgiamo, e chiedere di telefonare in ospedale per avvisare del nostro arrivo.

Il suo intervento ci permetterà di ricevere più attenzioni e contribuirà ad alzare le possibilità che vada tutto nel migliore dei modi.

PORTIAMO CON NOI CIÒ CHE POTREBBE SERVIRCI.

Lo spazzolino, il pigiama e un golfino...sì, certo, anche, ma più importante del beauty-case o del *necessaire*, nell'andare in Pronto Soccorso, dobbiamo ricordarci di prendere tutto ciò che ci riguarda in termini di documentazione medica: cartelle cliniche, ultimi esami, dettagli di eventuali patologie in corso e precedenti ricoveri.

Non ci si pensa mai, ma in caso di emergenza è difficile trovare le cartelle se queste non sono organizzate e a portata di mano. E se non sono al posto giusto ma abbiamo urgenza di recuperarle,

nel panico non avremo il tempo e il modo per trovarle.

Consideriamo la possibilità di salvare i dati su un supporto elettronico (come una chiavetta USB) o in cloud, in modo da non avere nemmeno bisogno di cercare ciò che ci serve.

FARE IN MODO CHE CHI CI ACCOMPAGNA SI RENDA UTILE.

Una volta arrivati in Pronto Soccorso, è bene che la persona al nostro fianco si presenti allo staff medico e mantenga un atteggiamento collaborativo, non pressante e molto educato.

A nessuno piacciono gli antipatici, i prepotenti, chi urla e fa la voce grossa.

E non piace neanche chi intasa le sale inscenando piazzate napoletane o tragedie greche. Chi è con noi, deve mantenersi lucido e possibilmente educato.

SCOPRIAMO CHI SI PRENDE CURA DI NOI.

Chiediamo chi sia il medico di turno responsabile del pronto soccorso, il nome della capo-sala, e impariamo i nomi delle persone che ci accudiscono: chiamandoli per nome sarà più facile che loro ci rispondano.

CHIEDIAMO FINCHÉ NON CAPIAMO.

Il “consenso informato”, obbligatorio per legge in Italia dal 2000 (in America dal 1919!), prevede che il paziente conosca il proprio stato di salute, le cure proposte e le alternative disponibili, e si spinge fino a normare il modo: il personale sanitario ha il dovere di farci capire quello che ci succede e propone, usando linguaggi e terminologie in linea con la nostra cultura e le nostre conoscenze, **cioè con termini a noi comprensibili.**

In poche parole, dobbiamo conoscere e comprendere la diagnosi (cos'abbiamo, o a quali ipotesi stiano pensando), le cure proposte e le alternative disponibili. Ma non è tutto: dobbiamo anche poter sapere se la struttura in cui siamo e il personale che ci sta dando assistenza è davvero in grado di prendersi cura di noi, nel migliore dei modi possibili.

LO SPECIALISTA

“Il mio medico mi ha dato sei mesi di vita, ma quando si è accorto che non ero in grado di pagargli la parcella, me ne ha concessi altri sei.”

(Walter Matthau)

Quando stiamo per comprare un nuovo telefono o un televisore, e troviamo un modello che ci piace, possiamo andare online e leggere il parere di chi l'ha già comprato provato.

Quando vogliamo andare in vacanza, prima di prenotare un hotel possiamo vedere le recensioni di chi c'è già stato, e confrontare diverse strutture.

Ma quando abbiamo bisogno di una visita specialistica, e dobbiamo scegliere a chi rivolgerci, prendere una decisione non è facile: non abbiamo recensioni, stelline, o referenze di altri pazienti, e l'unica strada che ci resta è imparare a valutare la competenza e l'esperienza del medico che stiamo per scegliere.

La prima cosa da fare è informarci.

Secondo un'analisi del 2014, pubblicata nel *Libro bianco della salute*, lo status influenza la durata della vita media e un maggior livello culturale è in grado di allungarla.

Secondo i dati resi noti durante il primo convegno annuale “La salute di tutti, nessuno escluso”, promosso dall'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e delle malattie della povertà (INMP), povertà materiale e povertà di reti di aiuto, disoccupazione, lavoro poco qualificato, basso titolo di studio, sono i fattori che minacciano la salute degli individui.

A un buon livello culturale si associa sempre, o quasi, un'alta capacità di reperire informazioni e, dunque, la capacità e la possibilità di scegliere la migliore delle alternative possibili.

Lo specialista migliore non è sempre quello più vicino (lo stesso discorso vale per la selezione di un ospedale o una clinica), quanto quello più qualificato.

Come scoprire se la persona che abbiamo identificato - o che ci è stata suggerita - fa al caso nostro?

Partendo dal buon senso e prediligendo un professionista esperto a uno “di primo pelo”; verificando - anche direttamente - le esperienze, la formazione e, nel caso di un chirurgo, anche la quantità d'interventi fatti e il relativo esito.

LA SCHEDA: COME SCEGLIERE UN MEDICO SPECIALIZZATO

8. FACCIAMOCI CONSIGLIARE DAL NOSTRO MEDICO DI BASE;
9. PREFERIAMO UN MEDICO PIÙ MATURO ED ESPERTO A UNO PIÙ GIOVANE;
10. FACCIAMO UN PO' DI RICERCA: USIAMO INTERNET E CHIEDIAMO A CHI CONOSCIAMO. SE ABBIAMO UN AMICO PRIMARIO, DOMANDIAMO ANCHE A LUI.
11. NON SCEGLIAMO MAI IL PIÙ VICINO, A MENO CHE NON SIA IN OGNI CASO IL MIGLIORE NELLA SUA SPECIALIZZAZIONE.

IL SECONDO PARERE

*“Della medicina, [...], tutto si può dire tranne
che sia una scienza esatta.”*

Rosario Magri (medico e scrittore)

*“La medicina non è una scienza, è una
pratica basata su scienze e che opera in un
mondo di valori. E, in altri termini, una
tecnica — nel senso ippocratico di techne —
dotata di un suo proprio sapere, conoscitivo e
valutativo, e che differisce dalle altre tecniche
perché il suo oggetto è un soggetto: l'uomo.”*
*(Giorgio Cosmacini, Il mestiere di medico,
Raffaello Cortina Editore)*

Che la medicina sia o meno una scienza esatta,
l'importante è che ci curi e che intervenga
trovando il modo meno traumatico per riportarci in
uno stato di benessere.

Proprio per questo, sentire un secondo parere è sempre utile e – in alcune situazioni – addirittura indispensabile:

- quando ci viene diagnosticata una patologia tale da compromettere il resto della nostra vita;
- quando ci viene proposto un intervento invasivo;
- quando la terapia comporta effetti collaterali importanti (come una chemio o l'assunzione di medicinali per il resto dei nostri giorni).

I casi di diagnosi errata non si contano, così come pure gli interventi non necessari e per evitare di diventare la vittima del processo che porta il medico a sbagliare diagnosi, cura e terapia o consigliare un'operazione non necessaria, l'unica possibilità è interpellare qualcun altro.

Per farlo da *pazienti preparati*, è necessario essere in possesso dei documenti che ci riguardano e che questi documenti siano organizzati e a portata di mano.

Una volta deciso di sentire un altro medico, per avere un secondo parere, comunichiamo la nostra scelta al primo in modo che possa integrare, se necessario, la documentazione in nostro possesso: se il professionista è serio, non se ne

risentirà e ci metterà a disposizione quanto ci serve.

Per quanto riguarda la scelta del secondo medico, consigliamo di evitare di chiedere al primo un consiglio, quanto piuttosto di fare un po' di ricerca per i fatti nostri, scegliendo se possibile uno specialista fuori dal giro di conoscenze del primo dottore interpellato.

IL CONSENSO INFORMATO

*“Un’operazione di poco conto è quella subita da qualcun altro.”*¹

(Victoria Wood)

“Ogni essere umano adulto e capace ha il diritto di determinare cosa debba essere fatto con il suo corpo e un chirurgo che effettua un intervento senza il consenso del paziente commette un’aggressione per la quale egli è perseguibile per danni.”

La prima forma di consenso informato del mondo risale al 1914 e viene dagli Stati Uniti: noto come il caso Schloendorff, si riferisce alla decisione del giudice Cardozo di punire un chirurgo colpevole di aver eseguito un’operazione senza il consenso del suo paziente.

Quella fu la prima volta in cui la giurisprudenza s’interessò del tema.

Oggi in Italia, a più di un secolo di distanza, per comporre una definizione di consenso informato sono costretto a riportare diverse fonti.

Dal Codice di Deontologia Medica, all'articolo 30, si legge:

“Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta (...)”.

“Il consenso informato costituisce legittimazione dell'atto medico”.

Comitato Nazionale di Bioetica '92

“Un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero e informato. Tale persona riceve preliminarmente informazioni adeguate sulla finalità e sulla natura del trattamento nonché sulle sue conseguenze e i suoi rischi.”

(Art. 5 Convenzione di Oviedo).

*“L'informazione deve essere **COMPLETEA** ed **EFFICACE**: il paziente deve essere messo nelle*

condizioni di conoscere e comprendere le informazioni essenziali inerenti al trattamento, per poter decidere se prestare o meno il consenso all'atto medico. L'atto medico comprende "gli interventi con lo scopo di prevenzione, di diagnosi, di terapia, di rieducazione o di ricerca".

(Rapporto Esplicativo alla Convenzione di Oviedo: emanato dal Consiglio di Europa nel gennaio 1997).

Dopo aver scelte le definizioni di consenso informato, aver raccolto e messo in bella copia la disciplina, e dopo averle riletta, arriviamo alla sintesi.

DEFINIZIONE

Il medico ha il dovere di fare in modo che il paziente capisca come sta, o come si supponga stia (diagnosi), quali siano le possibilità terapeutiche o chirurgiche, quali siano le alternative e le conseguenze delle sue scelte e conosca anche le reali condizioni e capacità della struttura in cui si trova.

Per farlo, il medico deve valutare il paziente e usare un linguaggio che gli consenta di comprendere, informandolo circa:

- le sue condizioni: diagnosi e prognosi;
- il trattamento proposto;
- in caso d'intervento chirurgico:

- il decorso post-operatorio previsto e i possibili problemi di recupero;
- i potenziali benefici e i possibili inconvenienti (complicanze) del trattamento proposto;
- le alternative rispetto al trattamento proposto;
- le probabilità di successo del trattamento proposto (su base statistica);
- i deficit organizzativi della struttura ospedaliera, anche in relazione alle possibili complicanze (ovvero, se la struttura è piccola, se il personale insufficiente, o se manca la strumentazione necessaria);
- i possibili esiti del non trattamento: le conseguenze (evoluzione, complicanze) della patologia nell'ipotesi di rifiuto del trattamento proposto.

Dal punto di vista giuridico, **non esiste l'obbligo** di fornire informazioni relative al medico o all'equipe che effettuerà l'intervento sanitario, **ma se il paziente o il suo rappresentante legale, o la persona delegata, lo richiedono, il consenso informato deve contenerle.**

Perché? Immaginate di fissare un intervento con un medico e di scoprire il giorno dell'operazione, che sarà sostituito: non vorreste sapere se il sostituto è valido? Se è preparato, all'altezza?

Sul “come” il medico debba procedere, il Comitato Nazionale di Bioetica del '92 si appella al buon senso:

“Il come informare il paziente è legato a vari fattori: cultura generale e specifica, psicologia, età del paziente e altri elementi che solo la conoscenza della situazione socio-familiare più approfondita di quella immediata, potrà consentire.”

Se da un lato la disciplina legale obbliga il medico a informare il paziente per permettergli di capire e scegliere, nella pratica, oltre le porte di alcune strutture sanitarie nazionali, si rischia di ottenere spiegazioni sommarie o frettolose e di sentirsi a disagio nel chiedere.

Il tempo è poco, le professionalità sono diverse e capita che molti pazienti finiscano per firmare il consenso informare senza una reale comprensione di cosa stiano accettando.

Ora, però, dopo aver letto queste pagine, ci auguriamo voi siate almeno un po' più consapevoli di prima (se non altro dei vostri diritti) e, in quanto più consapevoli, di conseguenza anche meno timorosi.

Ricordate che non solo conoscere, ma anche capire cosa ci stia succedendo e cosa ci propongano è un nostro diritto fondamentale, e chi ci parla ha il dovere di rispondere in modo comprensibile ed esauriente.

Sarebbe bellissimo poter aggiungere anche la parola “cortese”, ma la giurisprudenza non arriva ancora a tanto, per quanto un rapporto empatico, umano e cordiale fra medico e paziente abbia già dimostrato la sua validità terapeutica.

SCHEDA: IL CONSENSO INFORMATO

1. SE NON ABBIAMO CAPITO, CHIEDIAMO FINCHÉ NON IL QUADRO NON È DAVVERO SOTTO CONTROLLO.
2. FACCIAMO RICERCA ANCHE ATTRAVERSO INTERNET. SE NON CI RIUSCIAMO DA SOLI, FACCIAMOCI AIUTARE DA QUALCUNO CHE ABBA DIMESTICHEZZA CON LA RETE.
3. CONFRONTIAMO LE INFORMAZIONI RACCOLTE CHIEDENDO IL PARERE DI UN MEDICO O DI UNO SPECIALISTA.
4. PRENDIAMO APPUNTI O FACCIAMO IN MODO CHE LA NOSTRA “SENTINELLA” LO FACCIA PER NOI.

SCOPRIRE LE ALTERNATIVE

Oltre a capire ciò che ci viene diagnosticato e proposto, è importante sapere da chi ci cura **quali siano le alternative possibili**.

Organizziamoci: raccogliamo con cura i documenti, i risultati delle analisi, gli appunti presi durante le visite e le ricerche fatte da soli (o con l'aiuto di qualcuno vicino).

Troviamo qualcuno che ci dia una mano: può essere il nostro compagno o un amico, o un parente di cui ci fidiamo, l'essenziale è che ci sia una persona al nostro fianco per aiutarci sia in caso di perdita di lucidità che riguardo a ricerche con le quali non siamo a nostro agio. In merito alle ricerche via internet, la raccomandazione è di accedervi con cautela e confrontandoci con professionisti che possano guidarci.

Richiediamo un secondo parere: anche se pensiamo che non cambieremo comunque idea e decideremo in ogni caso di seguire i consigli del primo specialista (perché di lui ci fidiamo), una

seconda opinione potrebbe salvarci la vita o cambiare il nostro status in maniera importante.

Parliamo con altri pazienti e confrontiamo le loro esperienze con la nostra: chiediamo a quali trattamenti si siano sottoposti, e con quali risultati, conseguenze e complicità; raccogliamo le informazioni e facciamo altra ricerca, cercando di mantenerci più obiettivi possibile (senza cioè lasciarci scoraggiare dall'altrui pessimismo o dalle sconfitte di chi stiamo interpellando).

Prendiamo in considerazione terapie alternative: consideriamo che la medicina orientale ha una storia di migliaia di anni e che, per quanto il nostro dottore possa essere scettico, o addirittura non volerne nemmeno sentir parlare, alcuni rimedi cosiddetti “alternativi” potrebbero fare al caso nostro, **facendo però attenzione a ciò che ci viene proposto.**

Perché?

Perché il fatto che un rimedio sia “naturale”, infatti, non significa che sia sicuro, o sano: anche l'arsenico è naturale, ma certo non fa bene.

MEDICINA ALTERNATIVA

Era la fine degli anni Sessanta. C'era Woodstock con Joe Cocker, Santana e Jimi Hendrix. Il rock era una cosa seria.

Si usavano i pantaloni a zampa e (anche allora) andavano di moda i baffi. Non esisteva ancora internet, non per il grande pubblico.

La parola “alternativa”, mentre i Led Zeppelin pubblicavano il loro primo album, i Pink Floyd il quarto e i Beatles suonavano insieme per l'ultima volta, iniziava a farsi largo in diversi ambiti e contesti: dall'etica alla politica, dal costume all'arte e alla musica, e infine anche alla medicina.

Con l'aggettivo “alternativa”, ci si riferiva allora – come oggi – a qualsiasi metodica terapeutica non riconosciuta dalla scienza medica ufficiale.

Se digitiamo in Google “medicina alternativa”, la prima definizione che troviamo è di Wikipedia e sembra tutto fuorché un'informazione super-partes:

«Con il termine medicina alternativa si fa riferimento a un variegato e non omogeneo sistema di pratiche per le quali non esiste

prova dell'efficacia o che, se sono state sottoposte a verifica, ne è stata ravvisata la inefficacia (o, per talune di esse anche la pericolosità).»

Prima ancora di partire con la pagina, il wikipediano di turno, autore della pagina, ci mette un bel “disclaimer” (in pratica una sorta di avvertenza) e scrive:

«Le pratiche qui descritte non sono accettate dalla scienza medica, non sono state sottoposte alle verifiche sperimentali condotte con metodo scientifico o non le hanno superate. Potrebbero pertanto essere inefficaci o dannose per la salute.»

Mentre in tutto il mondo l'interesse cresce e in molti ospedali la medicina integrata si affianca a quella tradizionale (o allopatica), i detrattori continuano a definirla in modo spiccio e quasi sempre offensivo: “para-medicina, patamedicina, pseudo-medicina” sono alcuni dei prefissi spregiativi più amati dalla scienza ufficiale.

L'unica cosa davvero pericolosa, a nostro avviso, è **l'ignoranza**, seguita al trotto dalla **presupponenza** e dall'**arroganza** di chi non sa, e si guarda bene dall'informarsi, ma predica con più enfasi di un Torquemada castrato a crudo.

E, per finire, l'unica altra cosa da considerare è l'effetto, come recita la regola:

“Una terapia è valida quando la patologia è guarita totalmente nella totalità dei casi in un tempo breve.”

Per la cronaca e per chi volesse saperne di più, in Italia c'è un centro accreditato in cui la medicina tradizionale si affianca a quella alternativa o integrata. Si trova a Pitigliano, in provincia di Grosseto.

ERRORI, ORRORI E ALTRE

DEFINIZIONI

Questa voce, “errore medico”, è figlia del neologismo “malasanità”, che è un termine recente, coniato di fresco e appare sempre più spesso nei titoli e nel contenuto degli articoli dei quotidiani nazionali, dentro e fuori dalla rete.

I giornalisti ne abusano. Gli avvocati si leccano i baffi. I medici impallidiscono. Le istituzioni si sperticano e il governo cerca un modo per limitarla, organizza convegni, stila procedure, diffonde linee guida.

Si scrive in una sola parola, ma tocca più di un aspetto e riguarda almeno due mondi: da un lato il sistema sanitario e dall'altro l'intera cittadinanza.

Colpisce il primo, lo macchia e lo incastra in un pericoloso circolo vizioso.

Parte da un errore e, invece di riconoscerlo per evitarlo, lo nasconde; prosegue con costi altissimi, in vite, tempo e denaro; fa paura anche dentro le mura del sistema sanitario e continua dando il là a

ciò che in gergo si chiama “medicina difensiva”, ovvero l’atteggiamento del medico che per paura di sbagliare, esagera e interviene – con i ferri o con i farmaci – anche quando non serve.

Tocca la seconda, interessando direttamente o indirettamente chiunque abiti in un Paese vittima di episodi di malasanità.

Quando riguarda gli altri e ne leggi la notizia, non puoi evitare di preoccuparti e di temere per la tua salute, chiedendoti se davvero – in caso di bisogno – correre il rischio di affidarti alle cure di un sistema tanto pericoloso.

Quando però il termine arriva a noi o una persona che amiamo, l’effetto è ancora più diretto e quasi sempre devastante.

Al termine “malasanità” si collega l’errore medico, che però non è facile da individuare. E nemmeno da definire.

In “To err is human” - Errare è umano (Institute of Medicine, 2000), l’errore medico è **“l’infortunio causato da una gestione medica (piuttosto che dal processo della malattia), che causa una degenza prolungata o una disabilità al momento della dimissioni”**.

Walshe, nel 2002, lo definisce come un evento negativo o indesiderabile nel processo di cura o in uno degli aspetti del sistema sanitario, che ha, o

potrebbe presentare, un impatto negativo su uno o più pazienti.

Nel Glossario del Ministero della Salute del 2006 lo leggiamo come evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

QUANTE VOLTE, FIGLIOLO?

Morti per malasanità: tra i numeri e l'ignoto

Quanti sono in Italia i morti per malasanità? Difficile dirlo. Difficilissimo. Perché? Perché i numeri sono entità fragili: si possono manipolare, gonfiare, distorcere e piegare, nella buona e nella malafede, tanto più quando in gioco ci sono enormi interessi. Perché la rete dice tutto e il contrario di tutto. Perché la muta di segugi dell'informazione spesso si avventa sul dato clamoroso, ma poi non approfondisce. E i casi documentati, con il loro carico di sofferenza, annegano nella guerra delle cifre.

A livello internazionale, una delle ricerche più autorevoli in questo campo riguarda gli Stati Uniti: è stata condotta da un gruppo di ricerca della Johns Hopkins University di Baltimora e pubblicata sul prestigioso British Medical Journal. Secondo questo studio, negli Usa, ogni anno gli errori medici causerebbero in media 254.454 decessi.

In pratica la malasànità sarebbe la terza causa più comune di morte, dopo le malattie cardiache e quelle oncologiche. Quindi, non fatevi incantare troppo dal sorriso smagliante di un George Clooney o di qualche altra star da serie televisiva. Gli ospedali americani non sono affatto quelle astronavi dell'efficienza che ci immaginiamo. E in Italia? Qui da noi tutto è più confuso. Per averne un'idea bisogna tornare indietro di oltre dieci anni. E' l'autunno del 2006.

Durante un convegno, a Milano, l'Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica), una fonte senza dubbio autorevole, diffonde dati da pelle d'oca: parla di 90 morti al giorno per malasànità. I capiredattori dei quotidiani saltano sulle sedie. Titoli a tutta pagina. Una settimana dopo, la smentita. C'è stato un errore, anche piuttosto grossolano: la ricerca ha confuso denunce e decessi.

Tutto da rifare.

E ricomincia la guerra dei numeri.

Chi dice 14mila.

Chi molti di meno.

Chi tanti di più.

Tra le posizioni contrastanti, citiamo un articolo scritto per l'associazione Luca Coscioni da Marcello Crivellini, docente di Analisi e Organizzazione di sistemi sanitari al Politecnico di Milano. Riportando dati internazionali e ricerche più specifiche sul nostro Paese, lo studioso stima

che negli ospedali italiani il 5,2% dei ricoverati sia vittima di errori e che il 9,2% di questi errori sia letale. Quindi i morti per malasanità sarebbero 45.000 ogni anno. Un numero impressionante, dieci volte superiore a quello dei decessi per incidenti stradali. È come se ogni anno una città grande quanto Vercelli sparisse nel nulla.

Sono dati da prendere con molta cautela, ma certamente sono inquietanti. E resta comunque assodato che la malasanità uccide in un anno migliaia di persone.

Che valore hanno le stime e i calcoli per orientare il nostro bisogno di giustizia?

Forse il punto non è nemmeno questo.

Dopo tutto, a noi non interessa avere un titolo da sparare in prima pagina.

I grandi numeri sono aggregati di sofferenze individuali.

Ogni storia è una storia a sé e col dolore non si va “a peso”.

Fonti:

Il Corriere della Sera

La Repubblica

La Stampa

Associazione Luca Coscioni

EVENTI AVVERSI

Il tema è delicato. Riguarda la nostra salute, prima della produttività e dell'efficienza degli ospedali.

Il Ministero lo sa e ciclicamente produce materiale, documenti, e informative per aiutare il sistema sanitario a riconoscere gli eventi avversi, per limitarli. Invita le aziende ospedaliere ad autoregolarsi.

Spiega come. Dà consigli. Suggerisce procedure. Dà definizioni e spiega come in ambiente sanitario, il termine si usi per descrivere episodi o effetti contrari alle aspettative.

Un evento avverso può essere imprevedibile, come un incidente, oppure può essere causato da imprudenza, imperizia o negligenza.

Può riguardare la farmacologia, la chirurgia, la terapia e la diagnostica.

Può toccare il paziente, i visitatori o il personale sanitario.

Può ledere la vita, recidendola o compromettendola, di tutti gli attori coinvolti: vittime e colpevoli ne vengono toccati e - in qualche modo - investiti.

*Chi subisce soffre, chi colpisce viene punito.
Entrambe le parti, in ogni caso, pagano.*

Un evento avverso accade quando andiamo a trovare la zia, entriamo in reparto, vediamo il

cartello che indica il pavimento bagnato, scivoliamo e ci facciamo male.

Succede quando il medico sbaglia diagnosi, magari perché non approfondisce o perché prende una cantonata.

Si verifica quando ci si dimentica di monitorare un paziente, magari per ore.

Succede quando si sbaglia il farmaco, o i farmaci.

O quando il farmaco è giusto ma la somministrazione non lo è.

Accade quando durante un intervento si verifica un errore.

Quando la stessa equipe chirurgica è un errore.

Quando l'intervento va bene, ma nel paziente restano attrezzi (bisturi, garze, tamponi).

Oppure quando un'operazione va male, ma nessuno se ne accorge o fa finta di niente.

*“Né mancò chi desse la colpa della sua morte,
parte all’imperizia, e parte alla trascuraggine
de’ medici”.*

(Varchi)

QUALI ARMI CONTRO L'ERRORE MEDICO?

Un parallelo su predatori, prede e branchi che possano difenderci.

La natura è piena di pericoli. L'ambiente brulica di avvoltoi, iene, sciacalli, faine, oche e pappagalli. Ci sono prede e predatori, vittime e carnefici. Il sistema protegge la specie più forte, quella più resistente, furba, preparata e subdola. Nutre l'animale che corre più in fretta, quello che sa dove nascondersi, come difendersi, con chi allearsi.

Di norma, punisce – finendolo – il più debole, quello che non ha la forza per scappare, o non ne ha la capacità. A volte, per sfiga, anche il più veloce inciampa, viene sbranato e muore.

La natura non sempre è corretta. Forse segue uno schema e lo replica per comodità, abitudine e per aumentare le possibilità di sopravvivenza. O forse no.

Non c'è un arbitro, in natura. O non si vede.

L'ambiente sanitario è un sotto-insieme terrestre, è popolato da diverse specie e lo scenario è – o dovrebbe essere – rassicurante: chi è curato si rivolge a chi cura, chi cura protegge chi è curato.

Fra chi cura, c'è chi lo fa per bene, portando avanti una missione che va ben oltre un mestiere.

Fra chi è curato, c'è chi ha le risorse per avere più possibilità, più libertà e più scelta e chi non ne ha per niente.

Il debole, il povero, l'emarginato, l'ignorante, chi non sa e non si può permettere di sapere, né di parlare e chiedere aiuto, è in fondo alla catena alimentare dell'ambiente sanitario.

Da paziente fiducioso rischia di diventare vittima, non solo del sistema e dei suoi errori, incidentali o dolosi, ma anche degli altri elementi umani che lo affiancano, facile preda di parassiti inadeguati che si nutrono della sua sofferenza.

Quando il paziente, quello più debole e meno preparato, teme di essere vittima di un errore medico, intorno a lui, possono arrivare sciame di avvocati e consulenti, che si propongono per salvarlo, ma non avendone le capacità e le risorse, invece di aiutarlo, ne fanno scempio.

Chi li chiama "avvoltoi", o "sciacalli", sbaglia semantica, attribuendo loro più qualità di quante ne abbiano (solo chi è capace di ripulire il territorio dalle carogne, può essere degno di prenderne il nome in prestito).

L'unica vera difesa di quest'uomo (come quella di chiunque altro animale sul pianeta) è l'informazione.

Come uomini, la sola arma che possiamo davvero usare è la conoscenza.

Per difenderci, come esseri umani, prima che come pazienti o vittime di errori altrui, dobbiamo sapere come farlo e a chi affidarci.

Se fossimo bestie, diremmo: “A quale Alfa associarci”, ma quando l’ambiente è quello ufficialmente sterile degli ospedali, un solo Alfa, non basta più.

In caso di dubbio, quando temiamo di aver subito un danno per colpa di un medico, non basta un avvocato.

Non basta nemmeno, da solo, un bravissimo medico legale. E neppure uno stuolo di consulenti. In caso di dubbio, per difenderci, ci serve un branco.

Serve un branco che abbia al suo interno molti avvocati, molti medici legali, molti specialisti; persone preparate e competenti in numero sufficiente per intervenire in tempo. Serve un branco che abbia le risorse economiche per supportare la vittima senza fargli spendere un solo Euro, anticipando tutte le spese e chiedendo il proprio tornaconto solo in caso di esito positivo.

Se l’azione contro l’errore si risolve con un risarcimento, il “branco” ne tratterrà una

percentuale. In caso contrario, si accollerà ogni costo.

Infine, anche per il più organizzato e forte dei “branchi”, difendere una vittima non è un’impresa facile. Per quanto dia fastidio e non sia “giusto”, non tutte le vittime, purtroppo, possono essere difese.

Il “branco” migliore, non è quindi solo quello più abile, ma è anche il più onesto nel riconoscere e accettare i casi sui quali investire tutte le proprie energie.

“Come uomini, la sola arma che dobbiamo avere è la conoscenza perché la conoscenza ci rende liberi di scegliere e quando temiamo di essere vittime di un errore medico, scegliere il branco giusto può salvarci la vita”.

Franco Stefanini

LE CAUSE DELL'ERRORE MEDICO

Quando ha senso avere dei dubbi.

I momenti più rischiosi che possono portare un medico, la sua equipe, il personale o una struttura sanitaria in errore coincidono con le diverse fasi della gestione del paziente:

1. all'accettazione – con un errata o ritardata diagnosi;
2. durante o dopo un intervento chirurgico;
3. in seguito a scelte terapeutiche sbagliate;
4. durante la degenza a causa di un'infezione.

Quasi sempre, la molla scatta nel percepire l'abbandono: i parenti raccontano del loro disagio di fronte a quella che sentono una mancanza assistenziale, o addirittura un vuoto.

Magari parlano dei modi gentili del personale sanitario, ma dicono di aver trovato il proprio caro sporco, denutrito, lasciato da solo.

Riportano la discordanza fra le informazioni del prima con quelle del dopo intervento, o da medico a medico.

«Gridava, ma non arrivava aiuto»

«Per trovare qualcuno dovevo girare tutto il reparto»

«Arrivavo all'improvviso e non trovavo nessuno»
«Le terapie venivano somministrate sempre a ore diverse»
«Prima dell'intervento ci avevano detto una cosa. Dopo, tutto il contrario»

Se durante la degenza ospedaliera è indispensabile vigilare, o essere assistito, in caso di dubbio, non si può far finta di niente.
Mettere la testa sotto la sabbia, come fanno gli struzzi, significa fregarsene e dare agio a un sistema che non rileva gli errori.

Individuarli, invece, è il primo passo per ridurli, per evitare quelli che si possono evitare e per mandare a casa, via per sempre, chi non è degno del ruolo che ricopre.

Se oggi l'aereo è il mezzo più sicuro del mondo, lo si deve al controllo. Al complesso e rigido sistema che verifica il funzionamento e l'adeguatezza di ogni componente, meccanica e umana.
Il dubbio, dunque, non solo è legittimo, ma merita un approfondimento.

Non è solo una questione economica, ma di rispetto per se stessi, per i propri cari e per chiunque ogni giorno si trovi a che fare con il sistema sanitario e le sue inevitabili falle.

Che derivi da imprudenza, imperizia o negligenza, o da tutti e tre i fattori ben mixati fra loro come un cocktail fatale, poco importa.

Ciò che conta, per ottenere giustizia ed essere risarciti, è sapere come muoversi per andare fino in fondo.

TIPOLOGIE DI ERRORI

IMPERIZIA

Mancanza di abilità e di esperienza, soprattutto nelle cose che riguardano la propria professione: lavoro condotto con imperizia.

Se l'imperizia tocca l'installazione di una lavatrice, magari da solo, o con un tecnico poco preparato, la cosa peggiore che ci possa accadere è un po' d'acqua in giro per casa.

IMPRUDENZA

Mancanza di prudenza; atteggiamento di chi, per sventatezza, per eccessiva audacia, per trasgressione delle norme dettate dalla ragione o dall'esperienza, agisce in modo da mettere in pericolo se stesso o altri o comunque non valuta sufficientemente le possibili conseguenze dannose dei propri atti: l'incidente è avvenuto per l'imprudenza dell'autista.

Se l'imprudenza riguarda la mancata esposizione del biglietto del parcometro, al massimo prendi una multa.

NEGLIGENZA

La qualità, la condizione dell'essere negligente; mancanza di impegno, di attenzione, d'interessamento nel compimento dei propri doveri, nell'espletamento delle mansioni affidate: negligenza nello studio, nel lavoro d'ufficio; dare prova di colpevole negligenza.

Sotto l'aspetto giuridico, è il presupposto per chiedere il risarcimento del danno a carico di chi non abbia ottemperato agli ordinari oneri di diligenza nascenti da un contratto.

Se la negligenza è quella di nostro figlio che non fa i compiti, o li fa male, arriverà una nota, o un brutto voto.

Ma se uno, più d'uno o tutti e tre questi vocaboli entrano in sala operatoria, il discorso cambia: quando l'essere umano si trova al cospetto dei camici bianchi e imperizia, imprudenza e negligenza toccano la sua salute, la sua vita, le conseguenze sono subito gravi, immediatamente rischiose, potenzialmente fatali.

Nelle mani dei medici siamo impotenti, costretti ad abbandonarci alle loro scelte, a fidarci della loro preparazione e attenzione.

Da loro, dai dottori, arriviamo malati: il nostro stato è quello del bisogno. La nostra cultura, di norma, inferiore alla loro, o diversa. Il loro linguaggio ci suona lontano, inaccessibile, incomprensibile.

*Non abbiamo alternative: dei dottori,
dobbiamo fidarci.*

Ed è l'unica scelta che abbiamo, oltre ad essere la migliore.

Quando la nostra fiducia è mal riposta, e chi ci cura non è abbastanza preparato, è distratto, ci trascura, noi rischiamo le penne. Soprattutto in sala operatoria.

Interventi non necessari, mal eseguiti; strumenti lasciati nel corpo dei pazienti, bende, garze, divaricatori e altri ammennicoli; operazioni fatte per curare una parte che ne ledono un'altra; lesioni collaterali che vengono fatte passare per complicità. Un'infinità di imperizia, negligenza e imprudenza.

Secondo il rapporto del Ministero della salute sugli eventi sentinella, in 159 casi la segnalazione di evento avverso riguardava strumenti o materiale dimenticato all'interno durante le operazioni chirurgiche che ha costretto a un nuovo intervento,

in 135 casi di decessi o danni imprevisi dopo gli interventi chirurgici, ma ci sono state anche 26 procedure chirurgiche in una parte del corpo sbagliata, 32 procedure errate nel paziente giusto, oltre che 16 in quello sbagliato.

Sui numeri non abbiamo certezze.

Le fonti si nascondono, i riferimenti si confondono. La commissione per il rischio clinico cita un valore, i quotidiani un altro, il personale sanitario un altro ancora.

L'unica certezza che abbiamo è che chi ha subito un danno merita giustizia.

Accertarlo e fare in modo che i colpevoli vengano puniti e le vittime ripagate, è il nostro mestiere.

*“Le parole sono pietre”
(Carlo Levi)*

In ogni caso, qualunque sia la definizione di errore che preferiamo e la causa alla sua origine, se l'errore tocca noi o un nostro caro, dobbiamo prima appurarlo e poi denunciarlo.

Non è un'opzione fra tante, o una cosa su cui riflettere a lungo.

Chiedere giustizia è il primo passo per proteggere il futuro del mondo, quello dei nostri figli, dei nostri cari, del nostro Paese.

Non è retorica, è un dato di fatto.
Finché gli errori medici resteranno sepolti, non
potremo evitarli e nemmeno ridurli.

*Fra gli errori ci sono quelli che puzzano di
fogna, e quelli che odorano di bucato”.*
(Indro Montanelli)

QUANTE SONO LE POSSIBILITÀ DI OTTENERE UN RISARCIMENTO?

Rivolgendosi alla struttura giusta, e partendo da comprovati errori medici, l'esito è sempre positivo.

QUANTO SI PUÒ OTTENERE CON UN RISARCIMENTO?

Dipende da diversi fattori: in ballo ci sono la patologia di riferimento, la gravità del danno causato.

Quello totale prevede la sepoltura, quello parziale, da un aggravamento delle condizioni di salute del paziente fino alla compromissione della sua esistenza.

QUANTO TEMPO PASSA PRIMA DI OTTENERE UN RISARCIMENTO?

Anche in questo caso la risposta varia. In linea di massima, sulla base della nostra esperienza

diretta e di quella dei nostri assistiti, da uno a due anni.

DOVE TROVARE UN AVVOCATO PENALISTA E UN MEDICO LEGALE?

Per trovare il partner giusto, è essenziale da un lato rivolgersi a una struttura che abbia molti medici e molti avvocati penalisti a disposizione; dall'altro c'è un'ulteriore variabile da considerare, quando si parla di responsabilità medica, soprattutto quando l'errore riguarda un decesso.

La variabile è sempre il tempo.

IL TEMPO È VITA

Anche parlando di morte per errore medico.

Entro quando agire, in caso di sospetto errore medico?

Il limite legale parla di dieci anni, ma muoversi prima,

anzi immediatamente, può fare la differenza.

Se abbiamo perso qualcuno e temiamo non sia stato il destino, ma il medico o il sistema sanitario a sbagliare e uccidere, il consiglio è fare in fretta.

Quanto in fretta?

Molto. Non parliamo di giorni, ma di ore. Prima s'interviene e meglio è.

Come?

Agendo con una denuncia penale e richiedendo l'intervento immediato della magistratura.

Cosa serve per agire in caso di morte per colpa medica?

Tre elementi:

1. Un avvocato penalista che ti assista.
2. Un medico legale esperto in autopsie (esperto significa che quello dev'essere il suo mestiere e deve averne fatte molte).
3. Uno specialista della materia (se la morte avviene in chirurgia, ti serve un chirurgo).

Il medico legale e lo specialista devono essere presenti all'autopsia per dare la loro versione, per assistere e controllare.

L'intervento, infatti, deve avvenire entro poche ore dal decesso e la rosa dei professionisti dev'essere abbastanza ampia da poter scegliere i migliori fra quelli disponibili.

PERCHÉ IL TEMPO È TANTO RILEVANTE IN CASO DI DANNO GRAVE DA MALASANITÀ?

Quando si parla di errore medico, e qualcuno che amiamo ci è andato di mezzo, il tempo di risposta è direttamente proporzionale all'esito dell'azione: più aspettiamo e più sarà difficile ricostruire l'accaduto e spesso impossibile procedere a un'autopsia.

La documentazione potrebbe essere stata organizzata, nel frattempo. Così come le risposte. Sul fatto, c'è solo quel che c'è o poco più e la verità è più facile venga a galla.

È la squadra che fa la differenza, sono gli uomini. I contatti giusti. Sono le procedure che guidano gli uomini, le esperienze e il numero di casi seguiti. Insieme, uomini e procedure, squadra e metodo, possono cambiare l'esito delle tue azioni e facilitarne il successo.

Alice: “Per quanto tempo è per sempre?”
Bianconiglio: “A volte, solo un secondo”.

(Lewis Carrol)

MALASANITÀ, GENERALIZZAZIONI E STRADE IN SALITA.

Se cerchiamo malasanità sull'edizione cartacea del De Voto – Oli, stampata nel 1990, non la troviamo: dopo “MALARIOTERAPIA” c'è “MALASORTE”. In mezzo, il vuoto.

Per trovare una definizione del vocabolo, dobbiamo andare online e scoprire che Google, in trentatré decimi di secondo, porta 494.000 risultati.

Il correttore automatico di Word continua a segnarla errore e ha ragione. Già: ha ragione, perché la parola MALASANITÀ nasce giusto parlando di errori, ma non di quelli sistemici, connessi all'azione (ricordate il detto: “Solo chi non fa, non sbaglia”?), o di quelli inevitabili, quanto dell'enorme massa di incuria, superficialità, pressapochismo e mancanza di comunicazione e trasparenza, che solo in Italia, ogni anno manda anzi tempo sotto terra decine di migliaia di persone e ad altrettante procura danni gravi, gravissimi e/o irreparabili.

Quante?

Il dato varia a seconda delle fonti, passando da poco più di 20.000, fino ai 320.000 casi l'anno stimati dalla Commissione tecnica sul rischio clinico (istituita dal Ministero della Salute).

Novanta al giorno.

Come dire: non stiamo parlando di bruscolini, ma di un dramma. Di qualcosa che definire malasanità configura l'utilizzo di un eufemismo. Di quelli forti, anche.

Eppure troviamo ogni tanto qualche Alice nel paese delle meraviglie che si stupisce (o scandalizza) per l'uso del termine, invitandoci a pensare a tutte quelle brave persone che fanno il loro lavoro come si deve e che dedicano ogni giorno la loro vita a salvare quelle altrui.

Orbene, dopo aver "pensato" alle brave persone che conosciamo e stimiamo e non ringrazieremo mai abbastanza, dobbiamo fare una precisazione.

La parola non abbraccia l'intera categoria del personale sanitario, né fa di tutta l'erba un fascio, ma si scaglia contro i disastri provocati da chi non solo non fa il proprio lavoro come si deve, ma che lo fa male, malissimo e nel farlo male procura danni tali da compromettere, quando non terminare, l'esistenza dei propri pazienti che dovrebbe, fino a prova contraria, essere tutelata dal diritto alla salute.

Abbassare la testa, nascondersi dietro un dito (o un termine), far finta di niente o peggio, dimenticare, non fa altro che peggiorare lo stato dell'arte. Dargli credito, giustificarlo, tollerarlo.

Chiedere spiegazioni, esigere trasparenza, onestà e correttezza, fare in modo che chi lavora bene resti e chi lavora male se ne vada, cambi mestiere,

invece, facendo emergere gli errori e non nascondendoli, è la strada per migliorare.

Una strada in salita, lastricata di contraddizioni, lacune e tranelli, il cui unico obiettivo usa la forma, anche quando la forma è scomoda, e punta alla sostanza.

L'AUTORE

Franco Stefanini

Classe 1951, Franco Stefanini ha dedicato la sua vita allo studio e alla tutela della salute.

Come Presidente di Coroca Group, la prima realtà in Italia per numero di casi risolti, si occupa di risarcimenti causati da errore medico grave o gravissimo dal 2000.

Con un team di medici specializzati, medici legali, avvocati e periti, è in prima linea in una faticosa battaglia non punitiva ma pedagogica: far sì che tragedie, umanamente e medicalmente evitabili, non si ripetano.

Affiancato da decine di professionisti al suo livello di preparazione, etica e impegno, Stefanini va a caccia di errori nelle cartelle cliniche, negli esami, nei referti di pronto soccorso, e non si ferma fino a quando non li trova o è certo che non ci siano stati.

NIENTE DI MENO

Il thriller

Nel 2016 ha pubblicato un romanzo choc “Niente di Meno”, nel quale si intrecciano le cronache di un professionista al fianco delle vittime di errori medici, quelle di un angelo della morte e quelle di un colonnello medico della Polizia di Stato.

RISARCIMENTI MEDICI

RISARCIMENTI MEDICI è un marchio di COROCA GROUP, una società specializzata nell'assistere chi ha subito un danno da parte del sistema sanitario.

L'affiancamento segue l'intero iter legale e burocratico che parte dal riconoscimento dell'errore medico e arriva al risarcimento economico della parte lesa, che avviene nel 100 per cento dei casi accettati.

www.risarcimentimedici.it

RINGRAZIAMENTI

Ringraziamo tutti chiunque si impegni per comprendere il SISTEMA SANITARIO NAZIONALE nella sua complessità, apprezzando tutto quello che funziona e si battendosi per migliorare tutto quello che non va.

Ringraziamo i medici, gli infermieri, i tecnici e il personale sanitario che quotidianamente esprimono la loro professionalità con dedizione e competenza.

Per tutti i lettori che credono o vogliono credere che tutto funzioni e non ci siano eventi avversi e morti per errore medico, le nostre scuse per aver insinuato loro dubbi e per aver minato le loro certezze.

Franco Stefanini

BIBLIOGRAFIA E FONTI

“Nascita ed evoluzione del consenso informato nel mondo” - Alberto Bermond Des Ambrois (IL MEDICO ospedaliero e del territorio - Anno II - N. 3)

“Le origini del consenso informato/The origin of informed consent” - V. Mallardi – Cattedra di Otorinolaringoiatria, Istituto di Odontostomatologia, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italy.

“Il cervello anarchico” - Enzo Soresi - UTET- 2005

“Il cervello infinito: Alle frontiere della neuroscienza: storie di persone che hanno cambiato il proprio cervello” - Norman Doidge, Francesco Zago - Ponte alle Grazie Storie.

“The Patient’s Checklist: 10 Simple Hospital Checklists to Keep you Safe, Sane & Organized” - Mark And Graban

“Mille e una notte in pronto soccorso” - Antonio Mazzei - BookSprint Edizioni.

“Sanità S.p.a.” - Daniela Francese - eNewton Saggistica

“La comunicazione sanitario paziente” - Sergio Ardis, Moreno Marcucci - Aonia Edizioni

“La comunicazione diseguale. Ricordi di ospedale e riflessioni linguistiche”- Lucia Fontanella – Graffiti.

“Ospedali. Giganti dai piedi d’argilla 2” - Marco Porcu – Logus.

“Andare in ospedale” - Sheial Hollins, Angie Avis, Samantha Cherverton, Denise Redmond.

“Medici o Macellai?” - Tonnàoi Tilomenir.

“You Bet Your Life! The 10 Mistakes Every Patient Makes” - Trisha Torrey.

“Sanità. Istruzioni per l’uso.” Supplemento n.3 di Altroconsumo n. 286 - Novembre 2014

“Risk Management in Sanità il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 2003) Ministero della Salute

http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf

