

WWW.PIANETASALUTEONLINE.COM

WWW.FACEBOOK.COM/PIANETASALUTERIVISTA

PIANETA SALUTE

Anno XVIII - n. 201 - € 9,90
fondato da michele cènnamo

MENSILE DI ALIMENTAZIONE, BENESSERE, CULTURA, MEDICINA, TURISMO E TEMPO LIBERO



Evaristo Fusar

Maestro di fotografia

Infezioni ospedaliere: 6000 decessi ogni anno

Lo Studio Legale Chiarini presenta il suo report

“ Per dare un'idea delle dimensioni del fenomeno, i decessi causati dagli incidenti stradali non raggiungono neanche lontanamente quel numero ”

di **Alessandro Maola**

Gabriele Chiarini: “Ancora alti i numeri della malasanità, il problema è l'approccio organizzativo. Basterebbe davvero poco per ridurre significativamente i decessi da ICA.”

Su 10 milioni di pazienti ricoverati ogni anno negli ospedali italiani, circa il 6% contrae un'infezione ospedaliera durante la degenza e l'1% di questi 600.000 andrà incontro al decesso. In sintesi, le infezioni ospedaliere come polmoniti o setticemie (tecnicamente definite ICA, “Infezioni correlate all'assistenza” sanitaria, quindi che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero) causano direttamente almeno 6000 morti l'anno. Per dare un'idea delle dimensioni del fenomeno, i decessi causati dagli incidenti stradali non raggiungono neanche lontanamente quel numero. Numero che salirebbe ancora se venissero calcolati i decessi causati “indirettamente” dalle ICA.

Sul fenomeno lo Studio Legale Chiarini (www.chiarini.com), specializzato anche per la difesa nei casi di malasanità, ha recentemente realizzato un suo “report”.

Ne parliamo con l'Avv. Gabriele Chiarini.

Abbiamo letto recentemente i dati divulgati dal vostro report sulle infezioni ospedaliere: su 10 milioni di pazienti ricoverati ogni anno negli ospedali italiani, circa il 6% contrae un'infezione ospedaliera durante la degenza e l'1% di questi 600.000 andrà incontro al decesso. Sono numeri davvero inquietanti, ma come è possibile? A suo avviso quali sono i fattori che determinano un simile pericolo negli ospedali italiani?

Le nostre stime sono, in realtà, piuttosto prudenti. Ricerche diverse dalla nostra hanno ipotizzato dati anche superiori rispetto ai 6 mila decessi annui direttamente causati dalle Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria.

Ad ogni modo, i numeri esatti sono importanti fino a un certo punto. Quello che conta è comprendere il rilievo e l'entità del fenomeno, che non può essere relegato nell'ambito delle “complicanze” inevitabili e – come tali – prive di interesse sotto un profilo di politica sanitaria.

Innanzitutto, la letteratura scientifica ci insegna che le infezioni sono tutt'altro che inevitabili, dal momento



Avv. Gabriele Chiarini

che almeno la metà dei casi potrebbe essere scongiurata se venissero puntualmente applicate tutte le regole di prevenzione (in alcune ipotesi, come ad esempio le infezioni del sito chirurgico, la stima dei casi evitabili arriva al 60%).

Inoltre, l'argomento risulta centrale anche nell'ottica di un uso razionale delle risorse economiche (ahimè limitate) del nostro sistema sanitario. Se è vero, infatti, che la prevenzione può comportare dei costi, è altresì indubitabile che le infezioni sono foriere di rilevanti spese aggiuntive in termini di giornate di degenza e di trattamenti farmacologici da somministrare ai pazienti contagiati, per non parlare delle somme che a questi ultimi – o, nei casi più gravi di decesso, ai loro congiunti – debbono essere liquidate a titolo risarcitorio.

E' chiaro, dunque, che l'attuazione dei comportamenti virtuosi previsti dalle linee guida e dalla normativa vigente aprirebbe la strada a risparmi di spesa anche consistenti.

Senza considerare, poi, che la pratica assistenziale più efficace per la prevenzione del rischio infettivo avrebbe costo zero: una corretta igie-

ne delle mani sarebbe in grado, da sola, di ridimensionare notevolmente l'impatto del fenomeno infettivo. Praticamente tutti gli studi epidemiologici, infatti, hanno messo in luce che la modalità più frequente con cui si trasmette un microrganismo ad un ricoverato è per contatto diretto, attraverso le mani del personale sanitario.

Il suo Studio si occupa frequentemente di casi di “Malasanità”, secondo lei i casi sono in aumento o in diminuzione? E che tipo di episodi vengono denunciati con maggiore frequenza?

La nostra percezione è che ci sia sostanziale stabilità nel numero degli eventi avversi che si verificano in sanità.

Le statistiche sembrerebbero documentare una flessione delle denunce e delle conseguenti richieste risarcitorie. Ad esempio, la relazione della Commissione Parlamentare di inchiesta sugli



Avv. Giovanni Chiarini



Studio Legale Chiarini

errori in campo sanitario ha segnalato che, nel 2011, le Strutture Sanitarie coinvolte nell'indagine hanno erogato risarcimenti inferiori di quasi il 75% rispetto a quelli pagati nel 2006. Anche il Bollettino diffuso dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni nel dicembre 2017 ha indicato un calo delle richieste risarcitorie tra il 2010 e il 2016 (-56% per le strutture pubbliche, -23% per quelle private).

Tuttavia, questa apparente diminuzione è compensata da un duplice ordine di fattori: da una parte, il progressivo ricorso delle strutture alla cd. "autoassicurazione" (o - più correttamente - autoritenzione del rischio sanitario), il che rende poco fruibili i dati dell'IVASS; dall'altra parte, la constatazione che ancora molti degli eventi avversi non vengono in rilievo perché non segnalati dagli operatori, se non in caso di contestazione da parte degli utenti del servizio sanitario.

Gli errori possono avvenire in qualsiasi ambito della medicina, quindi tutte le specialità sono interessate dal fenomeno della malpractice (ferma restando la "trasversalità" di alcune fattispecie, come - per l'appunto - l'infezione ospedaliera). Chiaramente alcune prestazioni sanitarie sono più delicate di altre, quindi i danni che si producono in questi settori possono essere particolarmente gravi (penso, ad esempio, alla ginecologia e all'ostetricia, oppure alla cardiocirurgia).

Nella nostra pratica professionale seguiamo un numero limitato di nuovi casi ogni anno, selezionati prevalentemente per la severità delle conseguenze riportate dal paziente (morte o grave invalidità permanente), per l'intensità della violazione dei canoni di diligenza, perizia, prudenza medica, o per la particolare rilevanza dell'interesse leso (quando,



oltre alla salute, vengono coinvolti valori come la dignità del paziente o il diritto all'autodeterminazione).

Ci può ricordare qualche esempio di vittorie ottenute?

Mi viene in mente l'ultimo caso in ordine cronologico, che abbiamo definito proprio qualche giorno fa. Si tratta di una questione relativamente meno grave di altre, che però è sintomatica di quanto la responsabilità sanitaria - anche laddove sia direttamente riferibile ad errori umani - debba essere attentamente valutata sotto il profilo organizzativo.

Un uomo di circa sessant'anni aveva periodicamente degli episodi di svenimento (tecnicamente: sincopi); continuava ad essere condotto in Pronto Soccorso, dove lo dimettevano quasi subito senza diagnosi e con prescrizione di mera terapia analgesica. Al quinto accesso, finalmente, il paziente è stato sottoposto ad accertamenti ed è emersa una patologia cardiaca che ha imposto l'immediato posizionamento di un pace-maker, grazie al quale il problema della perdita di coscienza è stato definitivamente risolto. Solo che la caduta conseguente all'ultimo mancamento gli era costata alcune fratture, neppure troppo lievi.

Dopo l'istruzione del caso, in tempi relativamente brevi la questione è stata risolta transattivamente con la liquidazione di un congruo importo risarcitorio al danneggiato, anche grazie - devo dire - alla collaborazione dell'ufficio legale della Struttura interessata che, dopo qualche resistenza iniziale, si è rivelato collaborativo e corretto.

Poi ci sono le vicende più gravi, in cui i risarcimenti al paziente o ai familiari (in caso di decesso) sono anche molto consistenti. Abbiamo concluso favorevolmente, ad esempio, sinistri mortali per infezioni contratte in ambiente cardiocirurgico ed ortopedico, per tardiva esecuzione di interventi di colecistectomia (asportazione della cistifellea), per mancata rilevazione di emorragie conseguenti ad interventi chirurgici, per disfunzioni organizzative della Struttura (in un caso, addirittura, era presente il macchinario per l'esecuzione di un esame diagnostico neces-

vitrectomia (asportazione del liquido contenuto all'interno dell'occhio), consentendole di ottenere un risarcimento che potrà assicurarle almeno un po' di serenità per il futuro.

Ma anche le questioni apparentemente bagatellari nascondono principi di grande rilievo, come il rispetto della dignità del paziente. Ricordo, in proposito, il caso del risarcimento ottenuto in favore di una anziana paziente che era stata derisa e dileggiata da una operatrice nel corso della degenza ospedaliera.

Sono recentemente diventati legge le «disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie», ossia sulla responsabilità dei medici in casi di malasanità. In merito vi sono pareri contrastanti, alcune associazioni di consumatori la ritengono troppo benevola verso i medici. Che ne pensa?

La legge Gelli, a prescindere dalla senz'altro perfettibile tecnica normativa, non è un provvedimento sbagliato. La posizione del paziente è stata adeguatamente salvaguardata dalla conferma della natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria (pubblica o privata), così da sterilizzare il potenziale effetto negativo del superamento della teoria del "contatto sociale" con il sanitario che non sia stato scelto ed incaricato direttamente dal paziente.

L'ipotetico alleggerimento della posizione del medico nel processo penale si concilia con la constatazione che questo strumento va riservato ai casi di violazioni più gravi ed eclatanti. La tutela del paziente, del resto, non si persegue con la proliferazione dei processi a carico di medici per omicidio colposo o lesioni personali.

Ad ogni modo, la giurisprudenza italiana possiede un livello qualitativo medio molto alto, e sta già dando dimostrazione di saper correggere - a livello interpretativo - eventuali storture dovute alla imprecisa formulazione di alcune delle norme contenute nella legge.

In senso orario, da sinistra a destra, Avv. Gabriele Chiarini, Avv. Giovanni Chiarini, Avv. Andrea Sisti, Avv. Claudia Chiarini, Avv. Merika Carigi, Avv. Lucia Spadoni e Avv. Simona Zuccarini

Il Censis in una sua recente indagine ci racconta di "Italiani rancorosi verso il Ssn, troppe attese e malasanità". Eppure non mancano anche esempi molto positivi di dedizione e professionalità. Si tratta quindi solo di una percezione esagerata o davvero qualcosa non funziona come dovrebbe?

Il nostro Paese ha un ottimo sistema sanitario, dobbiamo precisarlo. I dati nazionali sulle infezioni ospedaliere che citavamo poco fa, non a caso, sono in linea con la media degli altri Paesi europei.

Il vero problema, forse, è l'approccio organizzativo, che si rivela talvolta inefficace.

Penso, ad esempio, a quante strutture, pubbliche o private, anche di eccellenza, non facciamo funzionare regolarmente o, addirittura, non abbiano neppure istituito i Comitati per la lotta alle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.), che sono obbligatori da oltre trent'anni.

Il fatto è che il principale fattore di rischio relativamente agli errori umani compiuti in sanità è costituito dall'organizzazione in cui l'operato del medico si inserisce: la causa di molti eventi avversi, specialmente di quelli "anonimi" o difficilmente accertabili, non va ricercata nella - pur ineliminabile - fallibilità del singolo, quanto piuttosto in fattori che si collocano sul piano organizzativo.

Anche quelle condotte imputabili a stress da sovraccarico lavorativo, disattenzione o difetto di comunicazione, spesso sono dipendenti da inefficienze nell'organizzazione dei reparti e dei turni, da omessa manutenzione dei dispositivi sanitari e, più in generale, da una erronea allocazione delle risorse. Per questo, in un'ottica di prevenzione dei rischi, è molto più importante prendere in considerazione l'attività sanitaria nel suo complesso, piuttosto che il singolo atto medico.