

1

Riflessioni *sull'*ostetricia e ginecologia italiana: aspetti pratici

Quirino Di Nisio

Specialista in Ginecologia ed Ostetricia
Specialista in Endocrinologia
Già Direttore Sistema Ginecologico Ospedale di Pescara e Asl di Pescara

La lettera del nostro past-president Carlo Sbiroli, pubblicata su *GynecoAogoi* n. 9/10 del dicembre 2011, chiarisce lo stato d'animo di ciascuno di noi quando viene raggiunto da una richiesta (ancorché indebita e strumentale) di risarcimento danni da parte di uno studio legale. Essa può essere istruttiva e utile per sottolineare, in breve, alcune regole da seguire nell'attività quotidiana di specialisti in ginecologia e ostetricia.

Il tempo trascorso dall'evento riferito nella lettera (intervento radicale per cervicocarcinoma) è di otto anni, il primo pensiero "...devo controllare la cartella clinica..." rimanda all'assoluta, necessaria completezza della stessa.

Come è evidente, questo è il principale documento che ci permette di dimostrare la qualità del nostro lavoro e il reale svolgimento dei fatti, ben otto anni prima, nel nostro caso.

La cartella clinica va riempita scrupolosamente e analiticamente in ogni sua parte, in ciascun rigo predisposto, in ogni sua informazione, con allegato consenso informato, che deve essere oggetto di uguale e specifica attenzione. In essa vanno indicati in sequenza temporale gli eventi e coloro che prendono parte agli eventi, medici e non medici. È un lavoro oneroso che richiede abitudine e metodicità ma che, dopo anni, può essere l'unica fonte di garanzia per ciascuno.

In un eventuale contenzioso, il consenso informato risulta fondamentale nell'evidenziare la qualità del dialogo tra medico e paziente; la discussione delle scelte diagnostico-terapeutiche proposte e la conseguente scelta consapevole da parte del paziente.

Attenzione: i fogli di consenso informato sono l'atto primario del processo di cura, per certi aspetti tutelato della Costituzione (Art. 32) che impone l'assenso del/la paziente per qualsivoglia intervento diagnostico-terapeutico. Senza il consenso informato la prestazione sanitaria, ancorché eseguita in maniera adeguata e ineccepibile, è illegittima ed espone il medico alle sanzioni di legge. Occorre che il consenso informato riporti con evidenza e chiarezza complicità ed

effetti indesiderati, nonché alternative terapeutiche. Per esempio, in un caso di fibroma uterino da sottoporre ad intervento chirurgico bisogna discutere con la paziente la via chirurgica (laparoscopica vs laparotomica) e di anestesia (generale vs spinale) perché alcune pazienti potrebbero non accettare una specifica via anestesiológica, condizionando così il tipo di intervento.

Orbene, già cartella clinica e consenso informato ci hanno introdotto al necessario tempo (lungo) da impiegare con la paziente allo scopo dichiarato di compilare atti formali indispensabili ma, in realtà, la sostanziale finalità è quella di comprendere, conoscere, far proprio il mondo relazionale della paziente, le sue aspettative, la sua comprensione della situazione medica da affrontare. Il consenso informato è, in assoluto, uno degli aspetti centrali dell'etica medica, sancito peraltro dall'art. 33 del Codice di Deontologia Medica del 2006, ad esso vanno dedicati il massimo impegno e la massima attenzione per evitare il c.d. "vizio di consenso", foriero di storiche, nefaste conseguenze.

Sempre nello stesso numero di *GynecoAogoi* del dicembre 2011 vengono riportate le cifre del contenzioso secondo l'ANIA, l'Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici, in continuo aumento per numerosità delle denunce e per costo dei risarcimenti.

Per continuare a lavorare con prudenza e competenza può essere utile ricordare alcuni concetti pratici:

- **Le tematiche** sanitarie sono complesse e rischiose, attengono a beni costituzionalmente protetti (la salute umana) e il medico è in una posizione di garanzia, in altre parole è suo specifico e precipuo compito interessarsi della salute della paziente e proteggerla, ancora prima di curarla (Cass. Pen., sez. IV, n. 8254/2011).
- **La complessità** del lavoro medico impone che i dirigenti medici esercitino un pedissequo, costante e continuo controllo delle procedure applicate nell'assistenza alle pazienti e delle linee guida operative, che devono essere condivise mediante riunioni finalizzate,

Senza il consenso informato la prestazione sanitaria, ancorché eseguita in maniera adeguata e ineccepibile, è illegittima ed espone il medico alle sanzioni di legge

periodiche e frequenti.

- **Poiché i medici** non sono formati a questo scopo occorre effettuare un ulteriore sforzo ed una fatica aggiuntiva per l'inquadramento e la gestione di tale attività relazionale, altrimenti saranno altre figure a gestire un'attività assistenziale che, inevitabilmente, vedrà il medico in una posizione subalterna, nei fatti.
- **La diffusione** capillare delle Linee Guida è necessaria per uniformare l'impostazione della pratica clinica, specie nelle strutture con alto numero di prestazioni e personale medico e sanitario non medico alquanto numeroso.
- **Le Linee Guida** non sono una Legge dello Stato, vanno conosciute in profondità, discusse sistematicamente e soppesate con criterio critico. Il grado di raccomandazione A-FORTE deriva da metanalisi di Randomized Controlled Trials (RCT). La raccomandazione di tipo B – DISCRETA discende da altri tipi di studi, non randomizzati, sempre discutibili, dopo opportuno, completo studio. Gli altri tipi di raccomandazione hanno una forza intrinseca assai più debole.
- **In sede di contenzioso** il CTU, perito di fiducia del Magistrato Giudicante, nel migliore dei casi contesterà l'operato dei medici mediante studi di RCT o criteri di Best Practice che richiederanno la spiegazione di comportamenti che si sono discostati dalle Linee Guida. Pertanto nella pratica clinica non uniformarsi alle Linee Guida, seguire "la tradizione" o le abitudini della struttura in cui si opera richiede la consapevolezza che la procedura contestata potrebbe essere oggetto di discussione, richiesta di spiegazioni, valutazione non soddisfacente.
- **Sarà sufficiente** utilizzare le Linee Guida in maniera capillare per modificare la pratica clinica? Ha già risposto la Corte di Cassazione, affermando che: "(...) il rispetto delle Linee Guida...nulla può aggiungere o togliere al diritto del malato di ottenere le prestazioni mediche più appropriate né all'autonomia ed alla responsabilità del medico nella cura del paziente ... a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute ..." (Cass. Pen., sez. IV, n.8254/2011). Viene citato anche il codice deontologico del medico per rafforzare il concetto espresso, codice che la Suprema Corte tiene ben presente nelle proprie determinazioni.
- **Qual è la ricaduta** nella pratica clinica di queste determinazioni se in Italia una prassi giurisprudenziale puramente repressiva sta sollecitando i medici a rivedere la loro deontologia; se gli standard diagnostici e terapeutici sono sempre più determinati dalle aspettative della pubblica opinione e dai tri-

bunali? L'unica via sembra essere una assunzione complessiva della responsabilità del/la paziente sia da parte del singolo medico, sia da parte del gruppo in cui si opera. In tal modo le procedure in sequenza degli atti medici, con l'annotazione sistematica delle figure professionali che vi hanno partecipato, potrebbe essere percepita come un sistema a garanzia di tutti e di ciascuno (paziente in primis) e non come un mero adempimento burocratico o, talora, come una sistematica vessazione personale tesa ad identificare un colpevole.

- **Il sistema** in cui siamo immersi è questo, siamo ancora lontani dalla analisi dell'errore come prodotto della complessità di un sistema spesso inadeguato e carente, foriero di situazioni di rischio. Sistema che non sembra tendere a rimuovere le trappole che inducono a sbagliare, né a riconoscere che il cittadino abbia diritto a risarcimenti attraverso procedure no-fault, già ampiamente in uso in Europa. In Italia la responsabilità civile vs l'attività medica sembra tendere ad un solo scopo: trovare una "tasca profonda" (l'Azienda Sanitaria, la Regione, l'Assicurazione) che possa alimentare un sistema giudiziario risarcitorio, utile solo a creare divisioni e radicalizzazione tra gruppi sociali, il cui beneficiario reale rimane "lo studio legale" in senso lato.

Assumere per intero la responsabilità del proprio ruolo significa evitare una pressione convergente che può produrre effetti disastrosi, come dimostrato da Studdert et al. in un difficile studio pubblicato da JAMA il 17 febbraio 2010. Riassumo brevemente le principali conseguenze di impatto comportamentale sui medici, colpiti da vertenze giudiziarie, che non sono più in grado di assumere le responsabilità intrinseche della professione di specialista in Ginecologia ed Ostetricia:

- inviare la paziente ad altro specialista
- richiedere ulteriori, aggiuntivi, esami ultrasonografici
- richiedere test di laboratorio non necessari
- effettuare biopsie inutili
- richiedere esami radiologici (TAC, RMN, Rx standard, ecc.)
- inviare la paziente ad altra struttura
- effettuare tagli cesarei senza indicazioni coerenti
- rifiutare pazienti ad alto rischio
- evitare parti vaginali dopo tagli cesarei.

In casi gravi si giunge ad abbandonare completamente l'ostetricia o la chirurgia ginecologica ad elevato impegno professionale.

Lottare per eliminare le condizioni di rischio del lavoro, insieme alle storiche organizzazioni di categoria che hanno sempre difeso l'Ostetricia e Ginecologia è tuttora una delle poche possibilità per evitare le conseguenze descritte.

Siamo ancora lontani dalla analisi dell'errore come prodotto della complessità di un sistema spesso inadeguato e carente, foriero di situazioni di rischio