

AMAMI TRA MEDICO E PAZIENTE

“Ma se non ha niente perché la ricoveri?”. Chissà quante volte vi è stata fatta questa domanda da giovani assistenti. È un brutto segno quando i medici più preparati cominciano a giocare sulla difensiva; ma quando un paziente cita in giudizio, inizia un iter lungo fatto di avvocati, assicurazioni e notti insonni. Forse allora è difficile comportarsi in maniera differente. Da una ricerca sulla medicina difensiva commissionata dall'ordine dei medici di Roma è emerso che circa il 70% dei medici è ricorso almeno una volta alla medicina difensiva. I più coinvolti dal fenomeno sono i medici degli ospedali pubblici, in particolar modo i medici di pronto soccorso, gli ortopedici e i ginecologi. Cerchiamo di capire meglio l'entità e le ragioni di questo fenomeno con il Dr. Maggiorotti, presidente dell'associazione Amami.

di Silvana Fanalista

Di cosa si occupa l'associazione AMAMI?

Amami, acronimo di Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente, nasce nel 2002 e ha l'unico obiettivo di restituire la serenità perduta al rapporto tra medico e paziente. Non pensiamo di dover fare una difesa acritica o corporativistica della professione, ma semplicemente vogliamo tutelare quei medici che troppo spesso vengono sbattuti sul banco degli imputati e poi assolti con tante scuse. Questo mio pensie-

ro si può sintetizzare con “Assolti ma a che prezzo?”, perché solo un medico sa cosa patisce per un'accusa infondata.

Mi dia una definizione al concetto di malpractice.

È l'errore del singolo medico, da non confondere con la malasania che è un errore di struttura, di procedure, in linea di massima è un errore ospedaliero.

Che differenza c'è tra malasania ed errore medico? Una è la conseguenza dell'altra?

No, se un'ambulanza non arriva è malasania non è malpractice, se si verificano infezioni nosocomiali è malasania non è malpractice, quando si aspetta sei mesi per fare un esame è malasania non è malpractice.

Quando un medico sbaglia un intervento è malpractice.

Quali sono gli strumenti attraverso cui operate?

Abbiamo quattro punti di azione che sono: le iniziative istituzionali, la tutela giudiziaria, la formazione e l'informazione.

L'escalation del contenzioso poggia su carenze di legge, nostra ignoranza e disunione della classe medica, se non addirittura una vera e propria divisione interna.

Noi di Amami abbiamo offerto al Legislatore gli strumenti per superare il problema, abbiamo indicato esattamente cosa fare e come farlo e in alcuni casi è stato recepito.

Siamo soddisfatti perché nell'ultimo disegno di legge Saccomanno sono state condivise tante idee interessanti che risolverebbero il problema. Il vero problema però è a monte, ovvero ci andiamo a scontrare con un grosso business: il business che ruota attorno alle cause ai medici. E anche in questo caso si apre un capitolo molto dolente: quello dei numeri.

Ogni volta che parliamo con i giornalisti, questi ci chiedono i numeri e purtroppo molto spesso sono loro a darli, nel senso che siccome in Italia non è mai stato creato un organismo atto a quantificare i dati del fenomeno, ogni volta che leggete i numeri riportati dalle agenzie stampa questi sono frutto di invenzione e di fantasia.

Le spiego perché molto semplicemente.

I numeri forniti dall'Ania (Associazione Nazionale delle Imprese Assicuratrici) sono il numero dei sinistri. In linguaggio automobilistico "sinistro" significa che due macchine hanno sbattuto, in linguaggio medico "sinistro" non significa neanche una frenata; significa richiesta di risarcimento,



Dr. Maurizio Maggiorotti.

informazione di garanzia, denuncia.

Senza che sia stata accertata una responsabilità. Se c'è un morto in un ospedale, possono arrivare trenta informazioni di garanzia; per l'Ania sono trenta sinistri! Questi sono i numeri offerti dall'Ania, non hanno nessuna valenza per riuscire a capire l'entità del fenomeno. Stessa cosa accade con i numeri offerti annualmente dal "Rapporto PIT Salute" del Tribunale del malato che raccoglie solo le "lamentele" della cittadinanza in ambito sanitario e non offre certo i numeri degli errori dei medici che possono avere cagionato un danno. Dunque se c'è un pavimento reso scivoloso da un infermiere disattento nel reparto di ostetricia e qualcuno se ne lamenta, per chi "dà i numeri" quello equivale a un morto fatto dai ginecologi!

Non essendoci nessun osservatorio su tali situazioni è dunque impossibile dare dei numeri che si possano dire veritieri? Tutti i numeri che circolano sono frutto di calcoli approssimativi che nulla hanno a che fare con quelli reali?

I dati hanno un'approssimazione assurda per eccesso e creano solo allarmismo ingiustificato. Sono dati che non hanno alcun senso. Ovvero,

non si sa se quella persona è morta di polmonite o perché un medico ha sbagliato a curarla. Fa molta differenza, però quando il dato va all'Ansa si pubblicano articoli che parlano di 80 morti al giorno, come accadde qualche anno fa. Ma di cosa stiamo parlando allora? Quindi quelli definiti errori sono solo le lamentele, non sono certo errori di medici. Però questi sono i dati di cui il cittadino si nutre. Partendo da una situazione del genere, ogni paziente che riceve dalla cura un risultato diverso da quello atteso, pensa che la causa sia stata la mano di uno dei tanti medici incapaci, che magari invece di rimanere concentrato sull'intervento giocava a briscola sulla pancia del malato. Insomma questa è l'immagine che viene fuori.

Come è possibile che ci sia così tanta confusione?

Perché nessuno lo impedisce, perché non c'è nessun interesse a trovare una soluzione. Noi abbiamo chiesto, dal 2003, a tutti i Governi che si sono succeduti di creare una cosa semplicissima: l'Osservatorio del Contenzioso dell'Errore Medico. Perché solo partendo da una diagnosi corretta si potrà fare terapia. Tutti i Governi ci hanno detto di sì... e nessuno l'ha mai fatto. Allora cosa si deve pensare? La risposta è che ci sono grandi interessi in gioco. Basti pensare che noi a Roma abbiamo lo stesso numero di avvocati della Francia; a qualcuno dovranno pure fare causa, no? In più, nascono come funghi associazioni cosiddette a "tutela dei cittadini" che non fanno altro che istigarli, prendendoli sull'emotività magari di un caro scomparso o su una sensazione di danno ricevuto, e li sollecitano alla richiesta di risarcimento per danni. Anche perché oggi in Italia se uno fa una richiesta di risarcimento che è infondata, che cosa rischia? Zero, nulla. Paradossalmente di richieste ce ne sono quasi troppo poche! Altro problema è dato dalla conflittualità che noi definiamo "prevalentemente onesta". Un esempio: a me cittadino - che non ho avuto un

grande rapporto con il medico che mi ha operato, perché per problematiche ospedaliere, mi ricovera Sandro, mi opera Francesco, mi dimette Filippo e mi controlla Giovanni, e magari Giovanni e Francesco non si stimano neanche - a un certo punto, viene il sospetto che qualcuno di questi mi abbia curato male. Vado dall'amico avvocato e decido di citare in giudizio il medico reo di avermi prestato poche attenzioni. Del resto, in virtù della legge Bersani per il c.d. "patto di quota lite", non anticipo neanche un euro ma ci mettiamo d'accordo: se prendiamo soldi facciamo a metà, altrimenti amici come prima, senza nessun rischio di spendere un centesimo. Ma io cittadino perché non dovrei provare a guadagnare qualcosa e magari a... cambiare il televisore? Non rischio nulla, perché se io cittadino - nella mia richiesta di risarcimento danni - scrivo qualsiasi fandonia sull'operato del medico, nessuno mi chiederà conto di questo, nel peggiore dei casi il giudice rigetterà la domanda di risarcimento.

Nel frattempo, però, il medico è stato convenuto in giudizio, ha dovuto comunicarlo all'assicurazione, l'assicurazione ha avuto il potere di disdettarlo "per sinostrosità" (in base alle clausole vessatorie che il medico ha dovuto sottoscrivere in polizza), quindi mandarlo a perdere e a questo punto il medico si trova a dover pagare le spese della difesa per essere stato ingiustamente portato in tribunale e poi con tante scuse viene rimandato a casa. Accade anche di peggio. Sembra incredibile ma in Italia i medici rischiano ogni giorno di ritrovarsi in mano un'informazione di garanzia. Questo perché in virtù del fatto che nel nostro Paese non esiste una legge che disciplini l'atto medico, noi operiamo e facciamo un atto illecito, anche se nell'interesse del paziente, reso lecito solo da un consenso informato. Senza il consenso informato, sembra che il bisturi adoperato su una coscia in sala operatoria sia uguale a quello preso in una rissa in un bar! A questo punto noi medici ci troviamo in una situazione kafkiana: se io esco da casa per andare

a lavorare in ospedale e tampono una persona sana creandogli delle lesioni colpose, scendo dalla macchina e firmo il CID. Poi, dopo il tamponamento, vado in sala operatoria senza pensarci più e vado a operare una persona malata; se non riesco a ottenere il risultato che spero, posso essere colpito dalla stessa accusa, lesioni colpose, e mi devo vendere la casa! È lecito pensare che al Legislatore deve essere sfuggito qualcosa per non scorgere la necessità di porre rimedio a questa “curiosa” situazione. Insomma se tamponando un'auto creo lesioni a una persona sana, firmo il CID e sono a posto; ma se non riesco, lavorando in scienza e coscienza, a raggiungere le aspettative di una persona malata... sono perseguibile!

Solo in Italia esiste il penale per il medico che sbaglia ma nel resto del mondo non si è mai visto niente del genere. Nonostante noi l'abbiamo chiesta più volte, in Italia non c'è ancora una legge che definisca l'atto medico come avviene in qualunque Stato.

Che cos'altro avete chiesto?

Altra cosa che abbiamo chiesto è il “fondo vittime dell'alea terapeutica” su modello francese. Ovvero: se io impianto una protesi d'anca e questa protesi si dovesse infettare è giusto che il paziente venga indennizzato per il danno riportato ma non certo risarcito da me. È inutile che il medico subisca un processo di otto anni perché è evidente che l'infezione non dipende da imperizia dell'operatore ma rientra nella normale percentuale di complicanze descritte in quel tipo di intervento. Comunque anche se io medico non sono in alcun modo colpevole, è corretto che il paziente venga risarcito per la “disgrazia” capitatagli.

Cosa ne pensa della conciliazione obbligatoria?

Altro punto problematico. Abbiamo avuto un incontro al Senato per dire che questo tipo di conciliazione obbligatoria – che oltretutto abbiamo chiesto noi nel 2002 – è completamente

sbagliata; oggi è pericolosa e impraticabile. È stato trasferito pedissequamente all'atto medico la soluzione delle liti condominiali e dei sinistri stradali. Nella lite condominiale si ha però un problema di quantum; nel caso di un impianto di legamento crociato anteriore, come si può quantificare? Cosa vuol dire quanto vale il fatto che il paziente non senta il ginocchio stabile? Chi decide quanto vale visto che il conciliatore non ha gli strumenti per appurare se esiste un mio errore e deve semplicemente conciliare le due posizioni? La posizione del medico nel 99% dei casi non sarà conciliabile con quello dell'assistito.

Altro problema: anche qualora io volessi conciliare, ma come posso permettermi di farlo con i soldi di un'assicurazione che non è presente? Allora è l'assicurazione che deve conciliare e non io. Se io concilio creo un danno alle tasche dell'assicurazione, se non lo faccio magari creo un danno all'assicurazione che invece aveva tutto l'interesse di conciliare.

Quindi è impraticabile. Non solo! Chi propone la lite ha diritto di proporla nella sede che preferisce. Dunque, dando per appurato che almeno 4 pazienti su 10 operati al nord provengono dal meridione, vorrà dire che avremo i chirurghi di Milano impegnati a “conciliare” a Reggio Calabria, Messina, Taranto e dintorni. Inoltre ci possiamo trovare ad aver soggetti con interessi diversi – il chirurgo, l'aiuto, l'assistente o l'anestesista (cinque attività mediche diverse) o l'ospedale - con un unico atto, un unico conciliatore che non è un medico, che non ha le capacità tecniche per capire di cosa stiamo parlando. Infine, ma non meno importante, sono nati ovunque istituti che a pagamento formano “conciliatori”. Bene, questi neo-conciliatori hanno speso tempo e denaro per formarsi; adesso, è caccia libera alle liti...!

Questi solo alcuni dei problemi ma ci sarebbe ancora molto da dire.

Un tema forse ancora poco conosciuto dal cosiddetto grande pubblico. I medici invece qua-

le consapevolezza hanno dell'argomento?

Abbiamo fatto dell'informazione un nostro punto chiave. Oltre alla televisione e alla radio, cerchiamo di essere presenti sui giornali proprio perché abbiamo sentito la necessità di portare il messaggio a tutti i cittadini onesti perché capiscano e sappiano.

Per quanto riguarda la consapevolezza dei medici, consideri che 8 medici su 10 trascorreranno un quarto della loro esistenza lavorativa sotto processo. È difficile che non ne abbiano ancora consapevolezza.

Altro aspetto importante è la formazione. Noi facciamo dei corsi di "sopravvivenza medico-giuridico-mediatico-assicurativo", per insegnare ai medici a non essere più denunciati, serve dunque che i medici inizino a conoscere la medicina legale e la medicina difensiva.

Altro argomento caldo, cosa è la medicina difensiva?

Se ne sente parlare sempre in modo molto inappropriato. Intanto diamone una definizione corretta: la medicina difensiva è operare scelte tecniche condizionate da cautela giurisprudenziale più che da convincimento scientifico.

Sembra inquietante...

Lo spieghiamo in un altro modo. Io medico curerò lei in modo sicuramente diverso rispetto a come curerei mia figlia.

Credo che fino a qualche anno fa qualunque persona avrebbe voluto che il medico si prendesse cura di lui come con il figlio. Oggi se lo può dimenticare! Perché se viene mio figlio con il mal di pancia, gli do una camomilla e gli dico di coprirsi la pancia.

A lei richiedo la tac, un'ecografia e così via. Perché quando c'è una legge precisa (art. 40 del Codice Penale) che dice "non evitare un evento equivale a cagionarlo", capisce che queste sono parole che pesano come massi. Io non ho mai visto un pompiere essere indagato per piromania perché non ha spento un incendio, non ho

mai visto un vigilante di banca essere indagato per furto a mano armata per non essere stato in grado di fermare una rapina. Però il medico viene accusato di omicidio colposo se non fa l'impossibile. Ecco perché ben venga la medicina difensiva! E medicina difensiva non vuol dire fare un elettroencefalogramma a chi ha mal di pancia ma vuol dire sospettare sempre anche la complicità più rara e fargli una risonanza e altri esami attinenti anche pensando che saranno negativi. Perché non è impossibile che, nel caso di quel mal di pancia, il dolore possa essere dovuto ad un aneurisma addominale. E se poi il giudice, sotto processo, chiede al consulente tecnico "ma facendo un altro esame si sarebbe potuto capire che il paziente aveva quella rara patologia? Allora io devo far fare un altro esame..."

Questa è la medicina difensiva; e che nessuno mi dica che non debba essere fatta. A meno che non si cambi la legge e si dica che deve essere consigliato di fare solo l'esame che più probabilmente darà esito positivo, allora sì la curo come farei con mia figlia: non le do l'antibiotico dopo che l'ho operata, non le prescrivo l'eparina a basso peso molecolare dopo averle fatto un'artroscopia... perché non credo che ci saranno problemi. Se prescrivo l'eparina e l'antibiotico lo faccio per i giudici, lo faccio per i magistrati.

Si può intravedere una prospettiva positiva rispetto al quadro illustrato?

Dopo otto anni di congressi, di interviste, scritti e letture le posso dire che ci salverà, forse, solo l'Europa.

Se l'Europa imporrà agli Stati membri di uniformare le leggi allora abbiamo speranza... altrimenti affonderemo.

Secondo alcuni medici l'aumento di denunce per malpractice va ricercato nella mancanza di rapporto di fiducia tra medico e paziente, secondo lei?

Non solo ci massacrano dalla mattina alla sera ma cerchiamo anche di capire quali sono le nostre colpe. È ovvio che se un paziente riesci a cullartelo – così come faccio io che lavoro nel privato – si è meno a rischio; ma chi lavora in ospedale non ha modo di farlo. Naturalmente potendo aumentare le attenzioni verso il paziente potrebbe diminuire quello che è il contenzioso prevalentemente onesto, la percentuale di denunce potrebbe abbassarsi. Se il paziente apprezza umanamente e conosce approfonditamente il medico è più difficile che lo denunci e se invece neppure lo conosce è ovviamente più facile. Ecco perché il medico di base rischia meno, non perché sbaglia meno ma solo perché ha la fortuna e la possibilità di avere un rapporto privilegiato con ogni paziente. Ma allora il dottore ospedaliero come fa?

Perché nel resto dell'Europa non c'è questo fenomeno così acuto?

Di sicuro non perché gli altri medici trattino i pazienti meglio di noi! Il rapporto umano che in Italia abbiamo con il paziente secondo me se lo sognano nel resto del Mondo.

Il nostro problema è un altro: abbiamo troppi avvocati, troppi interessi economici attorno al “fenomeno” e abbiamo una cultura litigiosa che fa spavento.

Mi parli dell'assicurazione obbligatoria.

Dell'assicurazione obbligatoria le compagnie assicurative non vogliono neppure sentire parlare perché calmiererebbe il mercato, così come accade con l'RC auto: se si tampona qualcuno in auto si fa il CID, nel nostro settore anche se non tamponi ti portano via la casa!

Noi firmiamo delle polizze che hanno delle clausole vessatorie che fanno spavento; c'è una clausola in tutte le polizze che considera come momento del sinistro il momento in cui arriva la richiesta di risarcimento e non quando è stato cagionato il fatto.

Con una piccola clausola allegata che dice che

la polizza opera con una retroattività limitata, copre i sinistri avvenuti un massimo di tre anni prima della richiesta di risarcimento. Purtroppo noi adesso siamo gravati dalla c.d. responsabilità da “contatto sociale”, in virtù del quale un paziente ha dieci anni, da quando si accorge di avere riportato un danno, per farci causa. Dunque, per qualunque richiesta di risarcimento che mi arriva per un fatto accaduto oltre quattro anni prima, in cui magari avevo un'altra polizza, nessuna assicurazione mi coprirà. Anche avendo regolarmente pagato il premio annuale. Proprio per questo le compagnie disdettano con grande facilità, fanno “tana libera tutti”: una volta liberatisi dell'assicurato non rischiano più di dover sostenere le spese relative al periodo per il quale hanno riscosso il premio.

Da quest'anno avete introdotto una nuova attività. Di cosa si tratta?

Esatto. Non abbiamo ancora parlato della tutela legale. L'associazione opera da sempre anche attraverso un pronto soccorso legale gratuito che opera h 24. È un servizio offerto a tutti i Colleghi che vengono assistiti via email o per telefono da un avvocato che gli indica i primi passi da effettuare.

Da quest'anno, abbiamo istituito lo “scudo Amami” grazie al quale gli avvocati dell'Amami sono a disposizione per assistere, con la nota competenza nel settore e a tariffe agevolate, tutti gli iscritti che lo richiedono.

Un consiglio ai suoi colleghi?

Bisogna tenere sempre la guardia alzata ed essere molto attenti all'argomento medico legale, per imparare a non fare più errori puerili e tentare di prevenire il problema.

Ricordarsi che dietro a ogni richiesta di risarcimento guadagnano sempre almeno due consulenti medici e due avvocati, le associazioni di tutela del cittadino e a volte guadagna anche il paziente. Il medico accusato perde sempre. ✦