

Dall'oncologia esempi di «consenso» per ridare forza all'alleanza terapeutica

di Beatrice Dalia

**Dai primari del settore
il richiamo
a un approccio
più umano
con un modello
di informazione
al paziente
personalizzata,
esportabile
anche alle altre
specializzazioni**

«**P**ane, amore e sanità» è il nuovo motto lanciato in questi giorni dal ministero della Salute, al quale si potrebbe tranquillamente contrapporre lo slogan - per ora più realistico - «medici, pazienti e diritto».

Dati ufficiali sulla cause per *malpractice* in Italia ancora non ce ne sono, ma la giurisprudenza è prolifica di casi e principi, a testimonianza di una crisi del sistema, chiamato a rispondere ormai non più solo di danni iatrogeni veri e propri (ovvero le lesioni imputabili a errore medico), ma anche di insoddisfazioni e «vendette» di malati delusi o maltrattati.

Sicuramente è il momento, per la classe medica, di riscoprire una nuova «umanità», in considerazione soprattutto del cambiamento sociale e «giuridico» dell'idea di salute. E il punto di partenza di una nuova relazione tra cittadini e sistema sanitario è sicuramente la garanzia di un «consenso informato» al paziente. Il monito di una informazione su misura come pilastro solido dell'alleanza

terapeutica arriva dai medici italiani del Cipomo (Collegio dei primari oncologi ospedalieri), riuniti a congresso a fine settembre a Brescia, ma offre un esempio di approccio vincente, esportabile a tutte le altre specializzazioni sanitarie. Perché, come dimostra la più recente giurisprudenza sul «consenso informato», l'autodeterminazione del paziente è la chiave di volta sia del rapporto terapeutico che di quello giuridico.

Il conflitto - Sulla carta dovrebbe essere «alleanza terapeutica». Nei fatti è un terreno di conflittualità estesa che ha spostato sempre di più dall'ospedale ai tribunali la relazione medico-pazienti.

Nonostante le sollecitazioni della categoria medica di istituire almeno un Osservatorio sulle cause capace di scattare l'esatta fotografia del problema, a oggi non esistono numeri assoluti sulle liti da presunti errori medici. Si parla di circa 25.000 processi pendenti, ma sicuramente è solo una fetta del fenomeno.

Per avere la percezione dell'entità della questione basta, allora, fare un semplice riscontro empirico, ascoltando le lamentele di tutti quei pazienti insoddisfatti, incontrati casualmente su un treno o in una sala d'attesa, che stanno pensando di rivolgersi a un avvocato o lo hanno già fatto.

Accade così che XY, tassista romano, racconti spontaneamente e con fervore la sua sfortunata esperienza in una clinica privata milanese, dalla quale è partito un contenzioso «fiume», a un certo punto interrotto per mancanza di soldi e poi riavviato grazie al sostegno di un'associazione di consumatori.

Alla domanda «ma lei ha dato il consenso all'intervento?». La risposta è stata particolarmente significativa:

«boh, non mi ricordo, non credo. Esattamente che foglio sarebbe?».

Eccolo, dunque, il grande «punto debole» della catena di eventi, responsabilità ed equivoci, che compone il rapporto sanitario. Manca ancora la percezione della centralità della persona malata rispetto a tutti gli atti terapeutici posti in essere da strutture sanitarie e medici. Colpa dei dottori che non riescono a ritagliare il giusto spazio alla comunicazione; colpa dei malati che, in preda alla soggezione nei confronti di un professionista della salute, si affidano senza aver capito fino in fondo rischi e conseguenze.

Una medicina più «umana» - L'antidoto a una situazione che spinge addirittura gli addetti ai lavori a parlare di «medicina malata», che invece di avvicinare gli attori del processo di guarigione li allontana, frapponendo accertamenti «difensivi» e moduli pre-stampati, potrebbe essere un «consenso» ai trattamenti consapevoli e personalizzati.

Proprio come quello che il collegio dei primari oncologi medici ospedalieri cerca di promuovere e applica-

Sommario

Gli interessi in campo.....	12
La Cassazione sul consenso.....	15
L'analisi della decisione.....	17
Gli orientamenti.....	20
La Cassazione sul dissenso.....	23
L'analisi della decisione.....	27
Il calcolo del danno.....	30

MEDICI & PAZIENTI

LE NOVITÀ

re, intanto in tutte le strutture aderenti all'associazione. Si stima che, solo in Italia, ben 270mila persone l'anno si trovino davanti alla spaventosa diagnosi di cancro. Non è facile ascoltare questo tipo di verdetto medico; ed è altrettanto difficile comunicare la cattiva notizia, anche perché la volontà del paziente e la sua capacità di reazione giocano un ruolo fondamentale.

Sebbene l'oncologia sia la branca medica meno "colpita" da denunce per colpa medica (i medici più bersagliati dalle richieste di risarcimento sembrano essere ortopedici e ginecologi,) anche questo settore è esposto a rischio clinico. La prevalenza di patologie croniche e la limitatezza di risorse hanno, infatti, aumentato il pericolo di utilizzo inappropriato dei servizi, ritardi nello sviluppo del percorso diagnostico-terapeutico e frammentazione del management assistenziale.

Inoltre - come spiega il presidente del Cipomo, Giorgio Cruciani - «la logica attuale del modello ospedaliero è fortemente orientata alla gestione del

paziente acuto, con organizzazione basata su alto livello tecnologico e con scarsa attenzione agli aspetti relazionali». La sfida dell'oncologia, allora, è quella di incrementare ricoveri in day-hospital e cure a domicilio in una logica di attenzione complessiva alla persona. Una cura a 360 gradi del paziente, con una maggiore condivisione delle ansie e delle paure del malato, che ha come presupposto essenziale una informazione veritiera,

precisa, ma adeguata a ciò che il paziente può ricevere.

La struttura del primo piano - Questa sorta di approccio centrato sulla persona - ipotizzato dal Cipomo - rappresenta sicuramente un esempio vincente per tutto il comparto sanità, anche e soprattutto in considerazione dell'evoluzione del danno alla persona avvenuta negli ultimi venti anni.

Il Congresso degli oncologi italiani è stato lo spunto per una riflessione più generale sul contenzioso per violazione del "consenso informato" in medicina. Il nostro ordinamento giuridico ha finora codificato solo indirettamente questo istituto. A oggi è obbligatorio solo in alcuni casi, ma, di fatto, è diventato un protocollo di routine, con la predisposizione di moduli generali di informazione da far firmare al paziente quando entra in contatto con la struttura sanitaria.

In apertura di questo focus, una introduzione sull'evoluzione parallela di responsabilità sanitaria e danno alla persona (pagina 12). A seguire due recenti sentenze della Cassazione, ampiamente commentate: la prima sul valore giuridico del consenso scritto; la seconda sulle possibilità di supplenza medica rispetto a una volontà del paziente non aggiornata.

Infine, un'analisi sui criteri possibili di liquidazione del danno da colpa medica, allo stato dell'odierna giurisprudenza, in attesa di chiarimenti di più ampio e "stabile" respiro dalla Corte di legittimità. ■

LITI MAGGIORI IN ORTOPEDIA

Ortopedia e traumatologia	14,4%
Pronto soccorso	9,6%
Chirurgia generale	9,1%
Ostetricia e ginecologia	8,6%
Medicina di famiglia	5,0%
Oculistica	3,0%
Otorinolaringoiatria	3,0%

Fonte: Cipomo (percentuali ricavate dalle istanze di risarcimento presentate in Lombardia nel 2006)

COSA DIRE E COME DIRLO

Comunicazione	Non chiara	Chiara	Personalizzata
Contenuti	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Il medico decide ciò che è meglio per il paziente <input type="checkbox"/> Il paziente non vuole sentire cattive notizie <input type="checkbox"/> Il paziente deve essere protetto 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Il paziente ha diritto all'informazione <input type="checkbox"/> Il medico ha il dovere di informare il paziente <input type="checkbox"/> Il paziente potrebbe decidere ciò che è meglio per se stesso 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> I pazienti sono diversi <input type="checkbox"/> È necessario del tempo per assorbire cattive notizie <input type="checkbox"/> Relazione medico-paziente come base per processo decisionale
Svantaggi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Isolamento del paziente <input type="checkbox"/> Problemi con i familiari <input type="checkbox"/> Il paziente potrebbe acquisire informazioni in altro modo 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informazione dettagliata sulle varie opzioni può essere confondente per il paziente <input type="checkbox"/> Può portare al rifiuto di qualsiasi trattamento <input type="checkbox"/> Talora, conseguenze emotive negative per il paziente 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Richiede tempo e risorse emozionali <input type="checkbox"/> È il medico che valuta ciò che il paziente può tollerare