



TRIBUNALE
PER I DIRITTI
DEL MALATO

Tribunale per i diritti del malato di Modena
presso il Policlinico, Via del Pozzo,71 41124 MODENA
tel. 059/422.22.43 fax 059/422.22.25
tdm@policlinico.mo.it



RELAZIONE DEL TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO DI MODENA RELATIVA ALL'ATTIVITÀ SVOLTA NELL'ANNO 2014

Si precisa che quanto esposto nella relazione è la voce dei cittadini-pazienti che, con le loro dirette segnalazioni o per il tramite dei loro congiunti, hanno voluto segnalare fatti e circostanze di cui sono stati i diretti protagonisti. Le Segnalazioni sono utili indicazioni agli enti interessati per far evidenziare le criticità e sollecitarli a intervenire per cercare di migliorare la qualità del servizio in alcuni settori.

Si evidenzia principalmente il perdurare di problemi storici, come; **il presunto errore sanitario, tempi lunghi per alcune prime visite, esami diagnostico strumentali, lunghi tempi di attesa in pronto soccorso, una generalizzata difficoltà di accesso per alcuni servizi e difetto di comunicazione-informazione al cittadino-utente e omissione del valido consenso (consenso informato), non mancano gli elogi indirizzati ai professionisti e ad alcuni reparti.**

In sostanza non è cambiato niente rispetto agli anni precedenti.

Considerato il numero significativo delle **segnalazioni formalizzate** e visto il numero di lamentele pervenute **con persistenti e croniche analogie con i casi segnalati negli anni precedenti**, ribadiamo ancora una volta ed invitiamo le direzioni sanitarie e dei vari servizi sparsi sul territorio, ad un più approfondito controllo e **attenta disamina di ogni singola segnalazione ricevuta**, al fine di poter apportare le necessarie azioni correttive a garanzia di un miglior servizio. **Azioni correttive, che necessitano di continue verifiche, al fine di valutare che l'applicazione delle stesse, apportino miglioramenti; purtroppo, evidenziamo dalle segnalazioni che giungono che questo spesso non avviene.**

Nel 2014 il TdM ha ricevuto 430 segnalazioni fra telefoniche e verbali, di cui **150** sono state regolarmente formalizzate, con una dispersione di segnalazioni non formalizzate pari al 60% dovute, a quanto accertato, a dissuasione da parte dei familiari e paura di ritorsioni da parte dell'operatore sanitario e pieno convincimento, da parte dei pazienti-cittadini, che segnalare

per iscritto non serve a risolvere il problema. La segnalazione invece, necessita per portare a conoscenza il disservizio in modo che le direzioni sanitarie interessate prendano atto della segnalazione per poter rimuoverla, non segnalarla vuol dire ritrovarsela in caso di nuova necessità. I dati in nostro possesso evidenziano che le segnalazioni nel 2005 hanno raggiunto il valore massimo di 706 unità; nell'anno 2014 il valore minimo di 430 con un trend globale decrescente.

Il 52% dei reclami sono stati indirizzati al Policlinico

Il 28% ad altri ospedali di Modena e provincia

Il 3% a case di cura private e servizi accreditati

Il 3% ad altre U.O. e altri servizi della USL.

Sono **42 le richieste di risarcimento danni**, in crescita anche nell'anno appena trascorso, richieste in fase di approfondimento da parte dei medici legali per rilevare il nesso di causalità.

Le segnalazioni formalizzate, dai cittadini-pazienti e inoltrate al TDM, spaziano su tutti i settori, dal sanitario al sociale, e sono state indirizzate per gli opportuni riscontri e provvedimenti del caso, alle rispettive Direzioni Generali delle Aziende Usl, Policlinico, cliniche private accreditate della provincia, fuori provincia e di altre regioni, ai medici di famiglia, laboratori esterni, liberi professionisti e segnalazioni ai servizi sociali per particolari condizioni di disagio sociale. Al garante della privacy è stato posto un quesito per un'interpretazione autentica, su segnalazione di un'associazione, riguardante l'applicazione di orologi a persone affette da Alzheimer in quanto la regione aveva sollevato, per detta applicazione, violazione della privacy.

Il difensore Civico Regionale invece, è stato interpellato per esprimersi su una divergente interpretazioni, fra le due aziende sanitarie Policlinico e USL, su un caso avanzato dall'**Associazione Alleanza** riguardante le motivazioni per le quali alcuni pazienti provenienti dal CARITAS sono stati portati al pronto soccorso del Policlinico e Ausl: per una di queste aziende, vi è stato un diniego, nel fornire i dati, con dubbia motivazione.

Per gli opportuni provvedimenti di competenza, sono state inoltrate segnalazioni all'ordine dei medici per presunta violazione del codice deontologico medico e configurazione di presunti reati di violenza sessuale commessi da alcuni operatori nel corso dell'attività professionale.

Gli utenti che hanno inoltrato richiesta scritta di chiarimenti alle rispettive strutture sanitarie alcuni hanno ricevuto formale riscontro nei termini temporali entro i 30 giorni previsti dai vigenti regolamenti, per altri, invece è stato necessario ricorrere a più solleciti per ottenere risposta. Si evidenzia, per alcuni, un dilatarsi nei tempi della risposta a volte di mesi e questo, è interpretato

dall'utente, non come un problema burocratico - amministrativo, ma come un'evidente colpa, perché, a dire dell'utente, stesso, “**non sanno cosa rispondere**”. Sovente, è contestata la risposta stessa, pervenuta dalla Direzione sanitaria, perché la risposta ricevuta non soddisfa pienamente l'utente, poiché contraddittoria e non rispondente alle precise e puntuali domande formulate da quest'ultimo e per questo, l'utente richiede un riesame confrontandosi con la Direzione interessata e gli operatori coinvolti.

Va evidenziato, che le strutture private accreditate continuano a essere più celeri, rispetto a quelle pubbliche, nel rispondere all'utente.

Per meglio comprendere le criticità emerse in alcuni reparti, al di là dei numeri, nella relazione si entra nel merito di alcuni casi (delle 150 segnalazioni formalizzate) descritti con dovizia di particolari dai pazienti, durante il ricovero e l'assistenza sanitaria.

I SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI e i REPARTI OSPEDALIERI MAGGIORMENTE SEGNALATI, SUL TOTALE DEI RECLAMI, SONO STATI:

1 Pronto soccorso	15%
2 Le varie Chirurgie	9%
3 Ortopedia	8%
4 Ginecologia-ostetricia	7%
5 Odonto	5%
6 Oculista	3%
7 Medicina	3%

Il 46% dei reclami è rivolto al Policlinico.

AREE DI RIFERIMENTO E CRITICITÀ EMERSE

- 1) TEMPI DI ATTESA
- 2) PRONTO SOCCORSO
- 3) ASPETTI ECONOMICI E PAGAMENTO TICKET
- 4) INFORMAZIONE E DIFETTO DI COMUNICAZIONE
- 5) PRESUNTI DISSERVIZI E COMPORTAMENTI SCORRETTI
- 6) VISITE SPECIALISTICHE
- 7) ASPETTI BUROCRATICI-AMMINISTRATIVI
- 8) EVENTI SENTINELLA E EVENTI AVVERSI
- 9) CONSENSO INFORMATO

- 10) PRESUNTE DIAGNOSI E TERAPIE ERRATE O NON RISCOSE E INTERVENTI NON RIUSCITI
- 11) PRIVACY SANITARIA
- 12) CARTELLE CLINICHE
- 13) ASSISTENZA TERRITORIALE
- 14) PROFESSIONALITA E RAPPORTI OPERATORE SANITARIO-PAZIENTE E FRA STESSI OPERATORI
- 15) ASSICURAZIONI
- 16) COMITATI CONSULTIVI MISTI

1-TEMPI DI ATTESA

Tempi lunghi di attesa si segnalano per l'accesso alle prestazioni di ricovero per alcuni interventi ULTRASPECIALISTICI classificati con la classe di priorità clinica A-B-C-D, visite specialistiche e diagnostico- strumentali che, in alcuni casi, superano abbondantemente i tempi previsti dai vigenti regolamenti.

Per i ricoveri con classe di priorità clinica;

classe con priorità A	il ricovero va effettuato entro 30 giorni
classe con priorità B	il ricovero va effettuato entro 60 giorni
classe con priorità C	il ricovero va effettuato entro 180 giorni
classe con priorità D	il ricovero va effettuato entro 12 mesi

Le classi di priorità, oltre a rappresentare un criterio da utilizzare per determinare l'ordine di ingresso alla prestazione, consentono di identificare i tempi massimi entro i quali deve essere garantita la prestazione **per almeno il 90% dei pazienti**. È necessario garantire sempre all'utente in lista di attesa un'attività di **supporto e assistenza** (come previsto dalle vigenti disposizioni normative) anche nella fase di attesa con un contatto periodico con il paziente per non generare una percezione di disinteresse e abbandono. Spesso questo non avviene.

Durante l'attesa il paziente può richiedere una rivalutazione, se sussistono le condizioni di aggravamento, che può comportare una revisione delle classi di priorità precedentemente assegnata con cambio di classe.

Nel momento in cui il paziente è messo in lista è d'obbligo indicare un periodo temporale indicativo entro cui sarà effettuata la chiamata.

In caso di invio del paziente ad altra struttura quando i tempi massimi non possono essere rispettati, deve essere garantito al paziente la validità dell'iter diagnostico già effettuato nel rispetto dei limiti temporali di validità degli esami.

Per alcune prime visite ultraspecialistiche è necessario attendere oltre 18 mesi e il paziente spazientito si vede costretto a rinunciare alla visita con pagamento ticket effettuandola in libera professione.

Incomprensibile invece è che un paziente in attesa da lungo tempo per la prima visita, poi si veda scavalcato da altro paziente che si reca al CUP e si sente dire che avendo rinunciato un paziente viene inserito l'altro al posto di quello che ha rinunciato.

Questo comporta una notevole ingiustizia a scapito di cittadini che sono in attesa spesso da molto tempo.

Talvolta, i pazienti per le lunghe liste di attesa sono spazientiti, al punto da usare anche toni minacciosi contro l'operatore addetto alle prenotazioni.

A oggi per codice con priorità A i tempi per i ricoveri normalmente vengono rispettati, mentre per il codice B-C-D non è possibile rispettare i tempi di chiamata per mancanza di disponibilità di sale operatorie e posti letto. .

I pazienti che si rivolgono a noi, lamentano fortemente che vi è **un totale disinteresse a informare** l'utente durante l'attesa per la prestazione che lo riguarda.

In questa fase l'azienda interessata deve **necessariamente assicurare** un'attività di supporto e di assistenza con un contatto periodico con il paziente in lista per orientare l'utenza e **non generare una percezione di disinteresse e abbandono**. In alcuni casi si è verificato che l'utente visto i tempi lunghi della chiamata ha contattato l'ufficio interessato per chiarimenti e si è sentito rispondere con toni e frasi non propriamente adeguati.

Vi sono lamentele riguardanti tempi di attesa per prime visite specialistiche e diagnostico strumentali;

- un paziente dichiara (dovendo fare una colonscopia ed essendo portatore di polipi): “ ho fatto la richiesta nel dicembre 2013, stesso mese viene inserita per la prenotazione con la nota "L'APPUNTAMENTO DEFINITIVO VERRA' COMUNICATO PER POSTA O TELEFONICAMENTE". Dopo vari solleciti presso il CUP per conoscere la data dell'esame, in data **14 ottobre 2014** riceve comunicazione dell'appuntamento per effettuare la colonscopia fissata per il **19 agosto 2015**.

- Per effettuare una colonscopia sono trascorsi 616 giorni ridotti a 450 dopo nostro intervento.

Dopo aver sollevato le dovute lamentele, è invitato dall'operatore a rivolgersi al Tribunale del malato il quale ha chiesto le dovute spiegazioni agli uffici interessati, considerato che il tempo massimo per effettuare una colonscopia è fissato dalla Regione in 60 giorni.

- Risonanza magnetica prenotata nel marzo 2014: dopo una lunga attesa la paziente nel mese di novembre 2014 si reca al CUP per chiarimenti. Le viene risposto che posti non ne hanno e non sanno cosa fare; la paziente dichiara nella segnalazione “sono veramente indignata”.

- Visita AUDIOLOGICA il paziente da marzo 2014 cerca di prenotare una visita al CUP, ma gli è risposto che per il 2014 i posti sono tutti esauriti, e per il 2015 non è uscito ancora il calendario. Il paziente è informato che per la provincia di Modena detta visita viene effettuata solo al policlinico oppure bisogna andare fuori provincia. Alla richiesta come

mai i calendari del 2015 non sono usciti, nessuno sa rispondere e dichiarando di non conoscere i motivi.

- visita endocrinologica tempo di attesa 130 giorni, a fronte dei 30 previsti

- In una segnalazione, per effettuare un'endoscopia, si legge, manca il medico perché è andato in pensione e non viene sostituito.

Sono numerose le segnalazioni da parte di cittadini utenti che presentandosi al CUP per prenotare una visita, spesso, si sentono rispondere che le agende sono chiuse.

Come stabilito dalla legge 266/2005 e dalle disposizioni Regionali diramate con delibera nr.1035 del 2009, suddette disposizioni **VIETANO** la chiusura delle agende di prenotazione, nonché il divieto di sospendere le attività di quest'ultime (le agende non possono essere chiuse); le Regioni, in questo caso, possono applicare ai responsabili della violazione, specifiche sanzioni amministrative che vanno da euro 1000 a euro 6000, salvo cause dovute ad eventi di forza maggiore. Capita spesso che il cittadino recandosi presso il CUP per una prenotazione, si senta rispondere che le agende sono chiuse nonostante la normativa lo vieti.

Il verificarsi di squilibri enormemente significativi tra liste d'attesa per attività istituzionali e quelle per attività libero-professionale, pone l'azienda nelle condizioni di poter sospendere l'esercizio della libera professione per i professionisti dell'equipe in modo tale da riportare la situazione in equilibrio e garantire nello stesso tempo ai professionisti il diritto all'esercizio della libera-professione e ai cittadini l'opportunità di usufruirne. Il ricorso alla libera professione deve essere conseguenza dell'autonoma scelta del cittadino e non di carenze nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale previsto dalla legge 120 del 2007 art.1 lett.g. e richiamato con DRG 200 del 2008.

A questo si aggiunge la mancata informazione ai cittadini, relativamente al diritto di richiedere una prestazione in regime intramoenia, ma senza costi aggiuntivi allorquando i tempi massimi non vengono rispettati.

Sono 14 le prime visite specialiste che devono essere effettuate entro 30 giorni e 29 le prestazioni di diagnostica strumentale che devono essere effettuate entro 60 giorni, tempo standard da rispettare che è fissato dalla Regione, in attuazione delle indicazioni nazionali.

Invece, per i percorsi diagnostico terapeutici relativi all'area oncologica e all'area cardiovascolare non potranno essere superiori ai 30 giorni per la formulazioni della diagnosi clinica e 30 giorni per l'avvio della terapia.

*“secondo quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative, nel caso in cui, a fronte di una richiesta, non sia garantito il rispetto del tempo massimo di attesa previsto per alcune prestazioni, il cittadino ha diritto comunque, previa la necessaria autorizzazione, ad accedere alla prestazione presso una struttura (pubblica o privata) identificata dall’Azienda in seguito a specifici accordi, e la differenza dei costi sopportati è a carico dell’azienda allorquando i tempi sono incompatibili con la malattia” e cioè **pagare il solo ticket.***

Aver fissato un termine temporale per le prime visite e per quelle diagnostico strumentali, ha comportato, purtroppo, la diffusione della pratica delle liste chiuse o bloccate; si tratta di un **escamotage** mediante il quale le aziende impediscono ai cittadini di prenotarsi quando stanno superando i tempi massimi nei quali possono garantire la prestazione. In questo caso si evita di documentare il superamento di tempi stabiliti e chiedere all’azienda di poter effettuare la visita in regime di attività libero-professionale intramuraria pagando il solo ticket.

Inoltre, in quest’area, va evidenziato che in alcuni casi un buon 30% circa delle prime visite già prenotate dai pazienti, vanno deserte (**non si presentano al giorno ed ora indicata**) non si disdice la visita per motivi a noi sconosciuti, e questo ovviamente comporta un allungamento dei tempi di attesa per tutti gli altri utenti in lista. Il cittadino impossibilitato a presentarsi per la visita è tenuto a dare disdetta secondo le indicazioni diramate dall’azienda.

2)-PRONTO SOCCORSO

In quest'area **si segnalano** numerosi casi di presunti disservizi e diagnosi errate; dalle segnalazioni scritte, emerge una **presunta** valutazione non propriamente corretta nell'assegnazione dei codici, nonché dimissione senza i necessari approfondimenti. Pazienti che attendono per lungo tempo al pronto soccorso, privi di assistenza e alcuni in attesa su una barella per cui segnalano uno stato di abbandono.

I pazienti che necessitano di ricovero, talvolta devono attendere qualche giorno in PS prima di essere accompagnati in reparto per mancanza di posti letto; questo è quanto riferiscono gli operatori del pronto soccorso.

Le criticità al pronto soccorso sono notevoli se ne riportano alcune segnalate dai pazienti al TdM;

- Una paziente di anni 83, segnala: “ sono stata portata al pronto soccorso con forti dolori, stesa su una barella, ho atteso a lungo al PS prima di essere visitata. Arrivato mio figlio mi ha trovata dolorante e in gravi condizioni, ho chiesto più volte aiuto a mio figlio presente del perché non venivo visitata (avevo codice giallo)”. Il figlio aggiunge: “Come mai dopo il mio deciso intervento il personale presente si è affrettato a prestare attenzione?”. **Il figlio dichiara che i pazienti non sono un semaforo.**
- In un'altra segnalazione si lamenta che il padre di anni 93 è rimasto in attesa al pronto soccorso dalle ore 11,30 alle ore 22,30 e solo dopo il deciso intervento da parte del figlio gli viene cambiato il codice da verde a giallo e così viene visitato.
- Un'altra paziente dichiara di essere stata accompagnata dal marito alle ore 10.00 presso il pronto soccorso; più volte (dichiara la paziente) “chiedevo agli operatori i motivi del ritardo della visita e mi veniva riferito che i ritardi erano dovuti ai codici rossi e gialli”. Dopo una lunga attesa alle ore 18.00 veniva condotta in radiologia per fare i raggi e fino alle ore 21.30 rimaneva in attesa per la visita. Causa spossatezza e nervosismo chiedeva al dottore di turno di voler rinunciare alla visita considerato che il dottore era sempre impegnato per codice rosso. **Il TdM in ordine al presunto disservizio segnalato chiede chiarimenti alla direzione sanitaria e il medico nella sua relazione risponde che si scusa per alcuni aspetti, per altri invece tende a precisare la percezione negativa avuta nei confronti degli operatori del pronto soccorso, e nel frattempo evidenziando che il ruolo del medico del pronto soccorso è molto difficile in quanto devono essere affrontate le emergenze che si presentano, ANCHE CON POCO PERSONALE, avendo come obiettivo principale la salvaguardia del paziente.**

- Un'altra paziente dichiara di essersi recata in pronto soccorso, per ben **due volte**, per un improvviso malore e non potendola ricoverare per mancanza di posti letto, viene inviata a casa. Dopo qualche giorno a seguito di continui dolori viene nuovamente accompagnata al pronto soccorso per la **terza volta**, vengono effettuati i necessari accertamenti facendole una ecografia (che si sarebbe potuta fare prima, dice la paziente, grazie all'ecografia hanno riscontrato il problema) e successivamente viene sottoposta ad intervento asportando la parte interessata. "Dopo questo intervento", riferisce la paziente, "accuso ancora problemi e vengo accompagnata per **la quarta volta** in pronto soccorso sottoposta ad una tac da un medico più **attento** il quale evidenzia un altro problema. Come mai i colleghi non se ne sono accorti?" Riferisce la paziente. La stessa, una volta dimessa, si rivolge a noi per chiedere i dovuti chiarimenti alla Direzione con riserva di chiedere i danni.

3)-ASPETTI ECONOMICI E PAGAMENTO TICKET

Sono numerosi i casi di contestazione di pagamento ticket e altrettanto numerosi i bollettini di pagamento che riceve il cittadino a casa. Bollettini pagamento di ticket peraltro già pagati.

Un genitore segnala che il figlio affetto da una grave patologia “ **esente ticket**” ha sempre comunque pagato fino all’età di anni dieci, quando in occasione di una visita specialistica un medico riferisce ai genitori che per quel tipo di patologia il ticket non doveva essere pagato e chiede all’azienda il rimborso per tutte le visite effettuate in precedenza.

Altro utente segnala: “Mi sono arrivati quattro bollettini per dei ticket non pagati relativi a prestazioni effettuate. **Ho regolarmente pagato i ticket esibendo le ricevute**”.

Si evidenzia in quest’area, che il disservizio segnalato già l’anno precedente persiste, necessita un più approfondito e attento controllo incrociato per verificare se questo sia dovuto ad errore dei sistemi informatici o ad un erroneo inserimento dati da parte dell’operatore, questo è un tipo di richiesta che fa fortemente irritare l’utente.

Da quanto emerge questo disservizio è dovuto principalmente ad errori di trascrizione o pagamenti non pervenuti.

L’uso inappropriato del pronto soccorso e la **mancata conoscenza delle normative in atto da parte dell’utente** spesso portano al pagamento ticket per la prestazione ricevuta. Una maggiore e capillare informazione all’utente da parte degli organismi competenti, porterebbe sicuramente a migliorare il servizio ed evitare inutili pagamenti ticket e lunghe attese al pronto soccorso.

In quest’area sono giunte anche lamentele riguardanti richieste di esoneri ticket perché la prestazione ricevuta si è rilevata frettolosa e di poco ascolto da parte dell’operatore.

In questa circostanza gli URP, i Comitati consultivi misti e le varie associazioni possono essere d’aiuto per facilitare forme di comunicazione efficienti ed efficaci nel relazionarsi con i cittadini per la segnalazione di eventuali casi di disservizio o inadempienza alle regole per l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

4)-INFORMAZIONE E DIFETTO DI COMUNICAZIONE FRA GLI STESSI OPERATORI E OPERATORE PAZIENTE

In quest'area permangono significative barriere nella comunicazione tra medici e pazienti principalmente dovute ad una diffusa riluttanza nell'affrontare problematiche che sono percepite come appartenenti ad una sfera strettamente privata.

Una comunicazione inefficace, intempestiva, non accurata o incompleta, sono i fattori che maggiormente contribuiscono ad incorrere in errore in campo sanitario con grave danno per la salute del paziente. La buona relazione fra i professionisti rafforza la comunicazione con ottimi risultati. **Talvolta, invece, emergono conflitti interni che pregiudicano fortemente la salute del paziente.** Quando i clinici non comunicano tra loro, vi è probabilità che il rischio clinico si possa tradurre in errore professionale.

E' il caso di un paziente che riferisce:

“Una mattina si presenta nella mia stanza un medico informandomi che in mattinata dovevo essere sottoposto ad intervento, io ho chiesto se dovevo fare ulteriori esami e mi risponde di no, e mi riferisce che dopo qualche ora sarei stato operato. Mentre ero in attesa in stanza per essere portato in sala operatoria, passa il primario per le visite, chiede all'infermiera cosa dovevo fare e la stessa riferisce che ero in attesa per essere sottoposto a intervento. Il responsabile dell'unità operativa ha voluto verificare di persona di che tipo di intervento si trattava. Dopo aver visionato la documentazione clinica, e aver valutato il tutto, mi riferisce che nella condizioni in cui mi trovavo, non era necessario un intervento immediato, se venivo sottoposto ad intervento ne potevano derivare gravi conseguenze e mi consigliava di non farmi operare. Il responsabile, pur avendo valutato che l'intervento avrebbe potuto portare a conseguenze, non interveniva e non interferiva nell'attività del medico in sala operatoria quale responsabile”. Il paziente riferisce: “dopo aver sentito quelle notizie mi sono fortemente agitato e non sono stato in grado di oppormi all'esecuzione dell'intervento. Giunto in sala operatoria, riferisco quanto era successo con il primario, il medico risponde: “ma lei ha firmato il **consenso informato!**””. Il paziente riferisce di non sapere cosa significa. Non essendovi comunicazione su questo caso, fra il responsabile dell'unità operativa e medico della sala operatoria, il paziente viene operato con il risultato di una grave menomazione fisica e tale da essere impossibilitato a intraprendere l'attività lavorativa.

Si rivolge a noi per chiedere chiarimenti in ordine a suddetto comportamento con riserva di chiedere i danni. Inoltre il paziente chiede al TdM se vi siano i presupposti per inoltrare all'ordine una segnalazione per violazione del codice deontologico che puntualmente viene inoltrata per il tramite del TdM.

- i genitori di un bambino, a seguito di una frattura, lo accompagnano al pronto soccorso. Dopo i dovuti accertamenti gli viene applicato un gesso, a conclusione del periodo di applicazione viene accompagnato per la rimozione e si evidenzia una vistosa piaga. “Il medico non ci aveva informato”, riferisce la madre, “che all’atto della rimozione si poteva evidenziare un’eventuale malformazione al braccio. Per noi è stato un grande disagio vedere il figlio in quelle condizioni”. Precisano, che vi è stata una mancanza di comunicazione/informazione nel non aver preventivamente preparato noi genitori a quanto poteva accadere al figlio.

A tal proposito, sembra utile sottolineare come le strutture interessate, devono far fronte ad un **efficace miglioramento nella comunicazione** fra gli stessi operatori e operatori-paziente per non creare disagi a quest’ultimi, e in particolar modo quando si tratta di persone anziane con grave handicap.

5)-PRESUNTI DISSERVIZI E PRESUNTI COMPORAMENTI SCORRETTI

Il cittadino- paziente ha il **diritto-dovere** di segnalare formalmente eventuali osservazioni, disservizi e reclami, la segnalazione è un elemento necessario ed indispensabile per portare a conoscenza la struttura sanitaria interessata del disservizio per poi eventualmente poterlo rimuovere. La segnalazione, anche se anonima, è uno degli strumenti con il quale l'azienda interessata può rilevare il problema ed intervenire per migliorare il servizio e nel contempo rimuovere il presunto disservizio segnalato.

In quest'area sono stati segnalati e formalizzati numerosi disservizi, altri invece segnalati, ma non formalizzati; si evidenziano presunti disservizi in varie unità operative che vanno:

- dalle lamentele per applicazioni protesi dentarie, interventi iniziati nel 2010, e che nel 2014 non sono ancora terminati.
- Un paziente disabile si presenta al PS odontoiatrico con richiesta urgente del suo medico e non essendo presente il medico addetto ai disabili, gli è stato consigliato di prendere un altro appuntamento che sarebbe stato concesso dopo quattro mesi. Il paziente si è riservato di ricorrere a strutture private presentando successivamente la fattura alla struttura.
- La mancanza di personale determina una forte carenza nel servizio pregiudicando fortemente l'assistenza, come il caso di una paziente che è stata lasciata bagnata di urina nel letto per tutta la notte, altra invece con vomito nelle lenzuola.
- Altro paziente lamenta smarrimento documentazione clinica durante il trasporto da un reparto all'altro. Altri invece che vengono sbalottati dal cip al CUP per prenotazioni di visite specialistiche, su segnalazione del cittadino l'azienda nello specifico risponde che l'operatore coinvolto nel disservizio era in formazione come aiutante, e per questo è stato richiamato a porre maggiore attenzione .
- In altri casi si segnala che il paziente-cittadino è utilizzato quale tramite per risolvere problemi di comunicazione interna e di passaggio di informazioni, come nel caso di un paziente che, a seguito di infortunio sul lavoro, per una medicazione, viene inviato al medico Inail dichiarando quest'ultimo che non è di sua competenza e lo invia al medico di famiglia il quale a sua volta, lo manda in ospedale, il paziente fortemente irritato per lo sbalottamento presenta una segnalazione a noi per chiarimenti.
- Una paziente segnala che dopo aver ritirato la documentazione per un esame diagnostico strumentale, si reca dal suo medico di famiglia per farla visionare, quest'ultimo si accorge che i dati dell'esame non sono suoi, ma di un'altra paziente. Il TdM ha già segnalato questo tipo di disservizio con una lettera alle Direzioni Sanitarie, comunicando di effettuare i controlli incrociati prima di

consegnare i referti ai pazienti; evidentemente il disservizio continua ad accadere, causando disappunto da parte dell'utente, in piena violazione della privacy sanitaria.

In questo contesto va inserito anche il grave comportamento tenuto, nei confronti di una donna, da parte di uno specialista che nel corso di un esame diagnostico strumentale, a dire della paziente, commetteva un presunto reato di violenza sessuale.

La paziente il giorno successivo alla visita, si recava in questura per presentare querela nei confronti del medico.

Nell'esposizione dei fatti, contenuti nella querela, è emerso, che nel comportamento tenuto dal medico, si configurava il reato di violenza sessuale. La paziente presenta anche una segnalazione al TdM, esibendo la querela, nella quale esponeva i fatti in modo circostanziati con dovizia di particolari. Il TdM ricevuta la segnalazione, unitamente alla querela, si attivava subito per inoltrarla alla struttura interessata e all'ordine dei medici del capoluogo di provincia. La struttura ricevuta la segnalazione, provvedeva a sospendere momentaneamente il medico dall'attività, in attesa del giudizio dell'autorità giudiziaria.

Tutte le segnalazioni sono sottoscritte dai diretti interessati.

6)-VISITE SPECIALISTICHE

In quest'area va precisato che nonostante siano stati segnalati disservizi riguardante le prime visite con gli specializzandi il problema si è ripresentato con altre segnalazioni da parte di alcuni pazienti. A tal riguardo va evidenziato che, in base agli accordi attuativi locali tra università e azienda ospedaliera sono state rilevate alcune omissioni; detto accordo testualmente recita:

“il medico in formazione specialistica svolge personalmente procedure ed attività assistenziale specifiche sotto il diretto controllo di personale medico strutturato (TUTOR). In funzione dell'organizzazione delle attività, il medico strutturato può controllare direttamente l'operato anche di più medici in formazione specialistica. Il medico strutturato controfirma il referto di visita/prestazione effettuato dal medico in formazione specialistica che ha eseguito la prestazione. Sono escluse dall'esercizio in completa autonomia da parte dei medici in formazione specialistica le prime visite di specialistica ambulatoriale, le attività di consulenza richieste da medici di altre Strutture, sia per pazienti degenti che ambulatoriali, ad eccezione delle attività rivolte a pazienti già valutati da un medico strutturato o seguiti dalla Struttura Complessa secondo definiti protocolli o percorsi diagnostici”.

La partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali non può essere sostitutiva di quella del personale di ruolo della struttura. Pertanto, deve sempre essere assicurata la disponibilità di un medico, universitario o ospedaliero; il medico in formazione specialista non può attivarsi in ogni circostanza.

Da segnalazioni pervenute dai pazienti al TdM, sono stati evidenziati presunti errori di diagnosi da visite effettuate da parte di alcuni specializzandi.

- In una di queste segnalazione pervenutaci, riguardo gli specializzandi in formazione, un paziente segnala dichiarando “che è stato sottoposto a nove sedute presso un ambulatorio e non sono stato mai trattato adeguatamente dai medici in formazione specialistica, sbagliando l'intervento e successivamente diagnosi e terapia. **Mi hanno effettuato una asportazione di tessuto cutaneo in zona dove non avevano effettuato l'anestesia, arrecandomi forte dolore”.**

Il referto rilasciato dal medico specializzando in base agli accordi Università-Policlinico deve portare il suo timbro con firma e controfirmato dal medico strutturato.

Si chiede a tal proposito e in questa circostanza, se lo specializzando nel dubbio e nell'emettere la diagnosi si sia consultato con il medico strutturato prima di consigliare al paziente la terapia da fare.

Una consuetudine, questa, di utilizzare gli specializzandi in formazione, in assenza dello strutturato, porta a pagare un servizio (ticket) per una prestazione effettuata da un operatore non qualificato, ma in fase di formazione sfocia nell'illegalità!!

In alcuni referti rilasciati, si evidenziano due timbri firmati con nominativi differenti di specializzandi in formazione e privi della controfirma del medico strutturato.

In quest'area vengono anche segnalate situazioni in cui lo specialista sta effettuando la visita o contemporaneamente sta eseguendo un esame di diagnostica strumentale viene distolto da altri operatore sanitario per comunicazioni interne l'ufficio ed è questo, a dire dai paziente, che può portare ad errore come già verificatosi.

7 -ASPETTI BUROCRATICI-AMMINISTRATIVI E RITARDI NELLE RISPOSTE ALL'UTENTE.

Numerose sono state le segnalazioni ricevute da cittadini e inviate ai rispettivi enti.

Non sempre sono rispettati i tempi nelle risposte come previsto dai vigenti regolamenti.

Talvolta, necessita fare più solleciti per ottenere risposta e per alcune di queste passano dei mesi senza ricevere motivazione per la ritardata risposta. Questi ritardi irritano fortemente l'utente. Spesso, dopo aver inoltrato la segnalazione, non viene risposto all'utente su specifiche domande formulate da quest'ultimo riguardanti chiarimenti su come e perché sono stati eseguiti alcuni interventi .

A seguito di una segnalazione, per aver chiesto alcune informazioni, inoltrata dal nostro Ufficio, riguardante un comportamento scorretto da parte di un operatore per aver profferito nei nostri confronti parole scurrili, la Direzione anziché approfondire il caso per un eventuale provvedimento nei confronti del diretto interessato, risponde dopo 180 giorni, asserendo che dette segnalazioni **tendono a gettare ombre su un servizio o struttura**. Nel frattempo l'operatore rimane al suo posto di lavoro, continuando a rapportarsi nello stesso modo con il cittadino-utente. Pertanto queste situazioni e fatti tendono a far perdere fiducia nei confronti dell'Amministrazione.

La risposta all'utente va fornita entro i termini temporali di 30 giorni, in alcuni casi invece giungono risposte che vanno oltre i 200 giorni. All'interno dell'Az. Sanitaria non esiste un organismo di tutela di secondo livello, a composizione paritetica presieduta da personale esterno alla'Az. Sanitaria che ha una funzione super partes. La finalità dell'organismo è quella di gestire e risolvere le controversie con procedure conciliative al fine di giungere ad una decisione condivisa dalle parti, al di fuori di ogni altro mezzo giurisdizionale, attraverso l'accertamento di fatti e l'individuazione delle cause che hanno limitato o negato il diritto alla prestazione sanitaria al fine della risoluzione del problema.

8)-EVENTI SENTINELLA E EVENTI AVVERSI

Si vuole evidenziare come ancora la mancata applicazione di appropriate procedure, linee guida e non corretta sequenza nella lettura dei check-list possa portare ad eventi avversi con gravi conseguenze per il paziente; al riguardo si chiede una maggiore sensibilizzazione ad ogni operatore ed una più attenta e diligente applicazione delle procedure in atto.

La check-list prevede una serie di controlli e verifiche da effettuarsi in tre distinti momenti: all'ingresso in sala operatoria, prima dell'inizio dell'intervento chirurgico e prima che il paziente abbandoni la sala operatoria. Procedure che solo per il 70% vengono applicate nelle sale operatorie e che necessitano di una continue supervisione da personale qualificato per la corretta applicazione.

Sono definiti **eventi sentinella** quegli eventi avversi di particolare gravità che causano gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia del cittadino nei confronti del SSN.

Quando si verificano simili eventi si mettono in evidenza possibili carenze a livello organizzativo, quali la mancanza o la inadeguata applicazione di specifiche procedure e/o **l'insufficiente comunicazione** tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari. In particolare l'evento può essere dovuto ad errore di compilazione di trasferimento e/o di scambio della documentazione clinica, di difficoltà nelle comprensioni e non adeguata richiesta e controllo delle informazioni alla persona assistita ed ai familiari. È importante il riconoscimento dell'evento per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo per la revisione dei protocolli in uso, in modo da poter avviare un'attività di miglioramento nella formazione e addestramento del personale.

I casi segnalati in quest'area sono stati molteplici; se ne riportano alcuni:

- Una paziente segnala che a seguito di una colonscopia accidentalmente durante l'intervento, le era stata toccata la milza e di aver subito l'asportazione totale. La paziente fa un commento sull'evento verificatosi "nelle mie condizione occorreva un'attenzione maggiore, non intendo deprofessionalizzare l'abilità e l'umiltà del reparto, ma solo segnalare una mera negligenza se pur fatta involontariamente che mi causa dei problemi non indifferenti.
- In relazione ad un altro paziente, dopo essere stato operato in laparoscopia, l'operatore che aveva eseguito l'intervento informava i familiari che durante l'intervento stesso accidentalmente era stata toccata la milza.
- A seguito di una caduta, una paziente si procura una frattura e viene sottoposta ad intervento. Dati i forti dolori, ritenuti normali da parte dei medici, dopo qualche giorno,

- **omissione da una necessaria valutazione del rischio trombo-embolico precedentemente l'intervento.**
 - **Per aver lasciato il laccio emostatico per tutto il tempo dell'operazione.**
 - **Per aver omesso di somministrare farmaci antiembolici precedentemente l'intervento.**
 - **Per aver trascurato i disturbi della paziente la sua età e le sue condizioni già di per sé rischiose**
 - **Successivamente all'intervento, la paziente, veniva immobilizzata, ancora senza alcuna profilassi antitrombotica .**
 - Tutti accorgimenti e condizioni che se attentamente adottate avrebbero sicuramente risparmiato l'amputazione delle dita interessate e anche un declino psicologico.
- **Persistono le infezioni contratte in sala operatoria e durante il ricovero nonostante le misure di prevenzione adottate dai sanitari che hanno portato e stanno portando a grave conseguenze la salute di alcuni pazienti.**

Una paziente dichiara: “ ho contratto un batterio resistentissimo in sala operatoria e la mia vita è diventata un inferno; vivo nella paura quotidiana perché i medici mi hanno detto che se questo batterio va nel sangue rischio la morte”.

9)-CONSENSO INFORMATO

Un diritto sacrosanto del paziente che spesso non viene rispettato in piena violazione dell'art.35 del Codice deontologico medico, è quello del consenso informato, che così recita *“L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO O DEL DISSENSO E' UN ATTO DI SPECIFICA ED ESCLUSIVA COMPETENZA DEL MEDICO, NON DELEGABILE. IL MEDICO NON INTRAPRENDE NE' PROSEGUE IN PROCEDURE DIAGNOSTICHE E/O INTERVENTI TERAPEUTICI SENZA LA PRELIMINARE ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO O IN PRESENZA DI DISSENSO INFORMATO.*

Si evince da questa disposizione che il soggetto che deve fornire al paziente la più idonea informazione è il medico, ma molto spesso questo non avviene. Talvolta, sono gli operatori che affiancano il medico a presentare un modulo al paziente, al momento dell'esame, per apporre una firma riducendo la comunicazione ad un **“ firmi qui”**, anche in un corridoio . L'infermiere non può essere mai delegata a sostituire il medico in questo compito, ma purtroppo, succede spesso.

Dalle segnalazioni ricevute si evince come il consenso, in alcuni casi, fornito dal paziente non sia così sufficientemente informato, ossia il paziente deve essere messo a conoscenza della natura dell'intervento medico-chirurgico, dei suoi rischi, dei risultati conseguibili delle alternative e delle possibili conseguenze negative, dopo di che si lascia libera scelta al paziente decidere se sottoporsi ad intervento o meno. Da quanto si evince dalle segnalazioni, il paziente molto spesso non è informato dalle conseguenze che possono derivare dall'intervento.

La mancanza del consenso non adeguatamente informato costituisce, di per se, ed a prescindere dall'errore, un illecito penalmente rilevante per omissione del valido consenso.

Un paziente dopo essere stato sottoposto ad intervento, con gravi conseguenze, presenta una segnalazione per chiarimenti alla direzione sanitaria nel quale riferisce: mi hanno detto che ho firmato un consenso informato, ma io non conosco il significato del consenso informato nessuno me l'ha mai spiegato, l'intervento, riferisce il paziente, viene eseguito comunque con conseguente danno. Questo è un altro elemento che viola il codice deontologico medico, **informazione e comunicazione con la persona assistita** nell'articolo 33 del codice deontologico medico viene chiaramente esplicitato quanto segue;” **il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi.**

Nella comunicazione con il paziente, va sempre evitato il lessico tecnico, ogni termine specialistico citato, va spiegato al paziente con parole comprensibili e di uso corrente.

Un'altra paziente, riferisce: “I chirurghi mi hanno operato, senza tener presente le mie richieste alternative all'intervento per evitare di essere operata. Nessuno mi ha informata del tipo di intervento a cui venivo sottoposta ed eventuali conseguenze che ne potevano derivare”.

Considerata la molteplicità dei casi, ed il continuo ripetersi di dette presunte omissioni, necessita una più attenta e diligente applicazione dei regolamenti da parte degli operatori sanitari e una maggiore vigilanza delle direzioni sanitarie all'atto delle segnalazioni dei pazienti, con decisi interventi, ed evitando che simili episodi vengano a ripetersi e che dette omissioni poi possano sfociare in richieste risarcimenti danni o querele.

Capita spesso in strutture pubbliche e private che, prima di essere sottoposto ad un esame, venga consegnato al paziente in corridoio da *un operatore non medico* un modulo del consenso informato per leggerlo e poi firmarlo, sperando che il paziente abbia compreso la terminologia medica riportata sul modulo.

10)- PRESUNTE DIAGNOSI E TERAPIE ERRATE O NON RISCONTRATE E INTERVENTI NON RIUSCITI ED ALCUNI ESEGUITI MA NON NECESSARI

In quest'area sono state numerose le segnalazioni di presunti errori su diagnosi e interventi chirurgici errati che, debitamente accertati dai medici legali, hanno dato vita a richieste di risarcimento danni. Cittadini che hanno subito dei danni a seguito di intervento, "anche a distanza di anni" si recano presso il nostro ufficio per chiedere informazioni per poi aprire un procedimento per richiesta danni, in alcuni casi anche alla scadenza dei dieci anni, termine di prescrizione.

- In un caso un medico riferisce alla paziente **“ ma il collega lo sa che questo tipo di intervento non doveva essere eseguito in quanto può portare a gravi conseguenze.** In questa circostanza la paziente vuole ribadire che non era stata informata del tipo di intervento in cui doveva essere sottoposta e le conseguenze che ne sarebbero potute derivare.
- Una paziente critica l'operato di alcuni operatori sanitari dichiarando che ci dovrebbe essere una maggiore sensibilità allo stato di disagio sofferenza e vulnerabilità in cui si trova il paziente che gradirebbe essere messo a conoscenza di ciò che si sta facendo per capire qual è la sua problematica e non essere ignorato. "Dopo essere stato dimesso dal pronto soccorso con diagnosi " colica renale" ho effettuato a mie spese un'ecografia addominale completa che ha escluso invece la presenza di calcoli renali, ma da approfondimenti fatti è emersa un'**appendicectomia videolaparoscopica** e sono stata sottoposta ad intervento il giorno dopo".

In quest'area, abbiamo rilevato un'alta percentuale di utenti che, dopo aver segnalato verbalmente l'accaduto e dopo aver ricevute le dovute informazioni, poi non si sono ripresentati per formalizzare quanto segnalato. Spesso detti cittadini vengono dissuasi dagli stessi familiari e, a loro dire, hanno ancora paura di effettuare segnalazioni per possibili ripercussioni.

11)-PRIVACY SANITARIA

In merito a tale disposizioni sono emerse violazioni del codice del garante, la normativa in questione, **che riguarda la riservatezza nei colloqui e nelle prestazioni sanitarie**, stabilisce che è *doveroso, in queste circostanze, adottare idonee cautele in relazione allo svolgimento dei colloqui con il paziente per evitare che in talune occasioni le informazioni, sulla salute, fornite dal medico al paziente possano essere conosciute da terzi; come pure le comunicazioni per eventi infausti vanno fornite con cautela al paziente. Comunicare le cattive notizie è una pratica fondamentale di ogni medico, per tale motivo la comunicazione medico-paziente dovrebbe essere parte integrante dell'educazione medica. Spesso si comunica con i parenti in corridoi o presso la reception per informare i parenti sullo stato di salute del paziente o informare lo stesso di eventi infausti, incurante che terzi possono ascoltare.*

12)- CARTELLE CLINICHE

Si evidenzia una scarsa intelligibilità di grafia di alcune cartelle cliniche nonostante le disposizioni prevedano di adottare gli opportuni accorgimenti per assicurare la chiara comprensione delle diagnosi e dati riportati.

Alcuni utenti lamentano tempi lunghi nella consegna delle cartelle cliniche che superano a volte abbondantemente i termini temporali previsti dalla carta delle garanzie.

Talvolta, viene consegnata documentazione incompleta, con notevole disappunto dell'utente e i ritardi della consegna a volte non vengono motivati.

Alcuni utenti hanno segnalato che dopo aver ricevuto la cartella clinica, hanno potuto constatare che la stessa era priva della cartella infermieristica.

La cartella infermieristica è parte integrante della cartella clinica ed è un atto pubblico che ha validità giuridica ed è il documento mediante il quale l'infermiere documenta l'iter degli atti compiuti nel corso del ricovero.

13)-ASSISTENZA TERRITORIALE

È in forte aumento la richiesta per assistenza territoriale riguardante aiuti economici, non essendo in grado di pagare ticket per visite specialistiche perché disoccupati.

14)-PROFESSIONALITA E RAPPORTI OPERATORE SANITARIO-PAZIENTE E FRA STESSI OPERATORI

Tra le numerose segnalazioni vi sono anche quelle in cui il paziente-utente all'atto delle dimissioni o della visita **elogia l'operato dei medici e gli operatori tutti**, per l'ottima organizzazione, professionalità e la relazione positiva che si instaura con gli operatori stessi all'interno di alcuni reparti nel corso della degenza. Come da elogi, a noi pervenuti, si vuole marcare le ottime cure e assistenza da parte di medici e infermieri per la grandissima professionalità, umanità e sostegno morale dimostrato a tutta la sua famiglia per situazioni molto difficile.

Gli stessi operatori, talvolta, lamentano carenza di personale e stress, dovuto ad un carico di lavoro eccessivo.

Pervengono anche segnalazioni non formalizzate che segnalano sempre una maggiore conflittualità tra operatori sanitari della stessa struttura, talvolta dello stesso reparto .

Il carico di lavoro eccessivo lamentato dal medico, rende talvolta impossibile dedicare la dovuta attenzione ai pazienti, aumentando il rischio di errore e limitando il tempo riservato al confronto con altri professionisti.

Il codice deontologico medico nell'art.70 (qualità e equità delle prestazioni) recita che *“il medico non deve assumere impegni professionali che comportano eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera e la sicurezza delle persona assistite . Il medico deve esigere da parte della struttura, dove opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno e i requisiti degli ambienti di lavoro non incidano negativamente sulla qualità e la sicurezza del suo lavoro”*. Si chiede se è corretto richiedere al medico un impegno che non scenda mai sotto questi tempi. Una visita troppo breve corre infatti il rischio di essere superficiale.

Vi sono lamentele da parte di alcuni infermieri e tecnici, che operano in alcuni reparti, i quali denunciano carichi di lavoro eccessivi e impossibilità ad usufruire delle ferie spettanti. Questi operatori spesso compensano le carenze e i disservizi e anche quando non vi è eccezionalità, in piena violazione dei singoli regolamenti deontologici.

Carico di lavoro eccessivo, carenza di personale e stress possono arrecare grave pregiudizio alla salute del paziente.

15)- MANCANZA DI PROTOCOLLI E PROCEDURE INAPPROPRIATE PER L'ESECUZIONE DI ALCUNI INTERVENTI

- Sono pervenute segnalazione riguardante la mancata applicazione di alcuni protocolli per la cura di alcune malattie. Riguarda la mancata applicazione o aggiornamenti di linee guida o di protocolli, in questi casi ne rispondono sia l'operatore sia il responsabile della struttura che non abbia fornito indirizzi operativi aggiornati. Purtroppo, ci è stato segnalato che in alcuni casi non vengono seguiti alcuni protocolli per l'esecuzione di alcuni interventi .

Un congiunto dichiara, quello che appariva nell'applicazione della cura cioè che gli operatori non avessero un protocollo specifico per curare le piaghe di decubito. Sembrava che ognuno applicasse a suo piacimento la terapia.

Il Congiunto in questa circostanza chiede come mai in un reparto di post-acuzie, con tante persone anziane, non abbiano un protocollo aggiornato, preparato da medici esperti per la cura delle piaghe di decubito, nonché la conoscenza di ausili specifici. Molti pazienti si chiedono, nelle segnalazioni per altre problematiche, quali sono i protocolli da seguire in determinate circostanze!

Evidentemente emergono delle forti criticità nell'applicazione di alcuni protocolli che vanno rivisti.

- Una paziente espone di essere stata sottoposta a un intervento senza anestesia, a seguito di forti dolori sono svenuta e messa in un lettino in corridoio e mentre rigurgitavo, vedevo passare per il corridoio pazienti. In questa circostanza la paziente si chiede se per questo tipo di intervento è prevista l'anestesia. Inoltre la medesima si chiede se non esiste una stanza idonea per questi anziché essere messa in corridoio.
- Per analogo intervento dovuto a un prelievo, la paziente lamenta che è stata fortemente aggredita verbalmente dal medico perché lamentava forti dolori durante il prelievo. Poiché affetta da sclerodermia, e quindi scarsa secrezione credo sarebbe stato suo preciso dovere professionale procedere con delicatezza ed adottando le procedure necessarie come previsto dai protocolli in atto. La paziente conclude la sua segnalazione, dichiarando che ha fatto numerosi esami, alcuni dolorosi, ma mai come in questa circostanza ha subito tanta sofferenza. Non avrei subito tantissimo dolore se il medico avesse seguito i protocolli previsti in questa circostanza.

16- COMUNICAZIONE DI EVENTI INFAUSTI

Nella comunicazione occorre rivolgere la giusta attenzione alle reazioni emotive che può avere il paziente nel comunicare un evento infausto. Ogni operatore dovrebbe avere una preparazione e formazione adeguata nell'affrontare il problema, comunicazione che se fornita in modo inappropriato, può lasciare strascichi notevoli. Le reazioni di come può reagire una persona nel caso in specie è riportata in una delle segnalazioni ricevute nella quale il paziente dichiara;

“ un giorno vengo accompagnato da mia moglie al pronto soccorso per gravi disturbi, dopo aver illustrato alla dottoressa i disturbi che accusavo, la stessa mi risponde che con quei sintomi non dovevo andare al pronto soccorso, ma di recarmi al Com. Riferivo che il il COM a quell'ora non riceveva, la dott.ssa risponde, con una frase che ha fortemente turbato il paziente: **“Lei ha un tumore in gola, la sua situazione è grave anzi è gravissima, non crederà mica di avere altri dieci anni di vita!”** il paziente dichiara: **“Il modo e il tono con cui la dott.ssa si è rivolta a me e mia moglie è stata una vera violenza psicologica”**; in questa circostanza si evidenzia l'inappropriata comunicare dell'evento infausto al paziente. Ancora oggi, riferisce il paziente, al momento della segnalazione, quelle parole riferite dalla dottoressa risuonano continuamente nella mia mente che mi provocano dei disagi psicologici significativi, disturbi del sonno, ansia e pianto. Il paziente dopo qualche giorno procede per il tramite del TdM con una segnalazione alla Direzione Sanitaria, che dopo 50 giorni risponde che la dottoressa è dispiaciuta per la mancanza di relazione evidenziata e si rende disponibile ad un colloquio chiarificatore. **A tal proposito si deve ritenere doveroso sia eticamente sia giuridicamente raccomandare la massima attenzione nel fornire informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste e adoperando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza, questo e quanto richiamato da un articolo del codice deontologico medico.**

17)-COMITATI CONSULTIVI MISTI

I comitati consultivi misti rivestono un ruolo importante all'interno delle aziende ospedaliere. Sono regolamentati da normative regionali ed hanno il compito di supportare l'attività di valutazione nella qualità dei servizi.

A disposizione dei CCM vanno messe le informazioni più significative tra queste il report aziendale delle segnalazioni e reclami presentati all'URP, I risultati periodici delle liste di attesa, i rapporti delle ricerche effettuate a livello aziendale sulla qualità percepita e la soddisfazione degli utenti. Il CCM contribuisce attivamente alla qualificazione dei servizi.

Ove vi siano le condizioni di fattibilità è possibile mettere in atto iniziative idonee che vedano il contributo attivo dei volontari del CCM all'interno dei servizi .

18)-ASSICURAZIONI

Dall'1.7. pv l'ASL e l'Azienda Ospedaliera andranno nel cosiddetto sistema di autoassicurazione, come molte altre ASL italiane. Questo dovrebbe significare che per il risarcimento dei danni farà fronte l'ASL direttamente sino a una franchigia di Euro 100.000,00, per i risarcimenti da 100.000,00 a 1,5 milioni farà fronte un fondo regionale, e solo per i danni superiori (detti catastrofali) farà fronte l'assicurazione. Secondo le stime regionali il sistema sanitario nazionale risparmierà moltissimo, poiché sembra che le ASL abbiano versato alle assicurazioni più soldi di quanto le assicurazioni abbiano versato ai pazienti per i risarcimenti.

Dal punto di vista della gestione dei risarcimenti è impossibile dare ora un giudizio su questo cambiamento che dipenderà dalle tante variabili e in primo luogo dalla professionalità degli addetti che nelle ASL gestiranno le varie pratiche con gli avvocati. In alcune ASL il nuovo sistema ha funzionato addirittura meglio che con le assicurazioni, mentre in altre molto peggio.

Conclusione

Le criticità dei vari servizi, che con la relazione oggi sono state rappresentate, possono essere utili elementi per una maggiore vigilanza, se necessario, anche, **con una costante presenza fisica** per cercare di evidenziare ed eventualmente segnalare per rimuovere i disservizi emersi. Necessita una maggiore partecipazione dei cittadini nel segnalare presunti disservizi, ma purtroppo, dai dati in nostro possesso abbiamo evidenziato un certo disinteresse, da parte dei cittadini e operatori sanitari a segnalare disservizi o altro.

Questo è quanto ha segnalato al TdM il cittadino-utente nel 2014.

Coordinatore TdM

Michele SURANO

E-mail: tdm@policlinico.mo.it

Cell: 347.2300929

Modena, 28 aprile 2015