



*Master biennale in Comunicazione della Scienza Anno Accademico
2009-2011*

ERRORI IN CORSIA

Come gestirli per evitare la crisi

Tesi di:

Eleonora Maria Viganò

Relatore:

Vincenza Pellegrino

Trieste, Febbraio 2012

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Trieste, Febbraio 2012 | 1 |
| <u>INDICE</u> | 3 |
| <u>INTRODUZIONE</u> | 6 |
| <u>1. ERRORE, EVENTO, EVENTO AVVERSO.....</u> | 8 |
| IL SIGNIFICATO CONDIVISO DELLE PAROLE | 8 |
| UN SISTEMA COMPLESSO..... | 10 |
| TANTO RUMORE PER GLI EVENTI AVVERSI | 11 |
| GESTIRE LA CRISI | 12 |
| <u>2. RIFLESSIONI SULLA COMUNICAZIONE IN AMBITO MEDICO</u> | 16 |
| MODELLI DI COMUNICAZIONE..... | 16 |
| IL CONTESTO SOCIALE E CULTURALE | 18 |
| <u>3. DALL’EVENTO AVVERSO ALLA CRISI COMUNICATIVA E RELAZIONALE</u> | 19 |
| LA CRISI..... | 19 |
| IL PROCESSO..... | 19 |
| <u>4. IL PROGETTO DELL’AGENZIA SANITARIA DELL’EMILIA ROMAGNA</u> | 21 |
| STORIA DEL PROGETTO | 21 |
| LA FASE PRELIMINARE | 22 |
| METODOLOGIA: SELEZIONE DEI CASI | 23 |
| I CASI IDENTIFICATI DALLE AZIENDE COINVOLTE | 25 |
| LA SELEZIONE | 28 |
| METODOLOGIA: INTERVISTE E ANALISI DEI CASI..... | 30 |
| <u>5. I CASI: ANALISI DELLE INTERVISTE.....</u> | 33 |
| LA RESILIENZA: DALL’ERRORE ALLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE | 33 |
| LE INTERAZIONI TRA PROFESSIONISTI E FAMILIARE “EMPOWERED” | 40 |
| LA CRISI ESPLODE: AMBIGUITÀ, LUNGAGGINI E RISARCIMENTO NEGATO..... | 52 |
| <u>6. PREVENIRE LA CRISI.....</u> | 66 |
| ANALISI APPROFONDATA DELLA RESILIENZA..... | 66 |
| <u>7. UN LABORATORIO PER LE AZIENDE</u> | 70 |

| | |
|-------------------------------------|-------------------|
| LA RESTITUZIONE DEI RISULTATI..... | 70 |
| IL GIOCO DI RUOLO..... | 71 |
| IL MEDIA TRAINING..... | 72 |
| <u>8. CONCLUSIONI.....</u> | <u>74</u> |
| <u>9. ALLEGATI.....</u> | <u>76</u> |
| CASO DI STUDIO 1..... | 76 |
| CASO DI STUDIO 2..... | 132 |
| CASO DI STUDIO 3..... | 209 |
| <u>10. BIBLIOGRAFIA.....</u> | <u>262</u> |

Introduzione

“Giuro di prestare la mia opera con diligenza, perizia, e prudenza secondo scienza e coscienza e osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione.”

Giuramento di Ippocrate

Il concetto di errore, dal punto di vista filosofico, ha numerose sfaccettature che ne costruiscono le caratteristiche principali. L'errore secondo Aristotele era volontario, per Platone era sinonimo di ignoranza. Nella modernità Francis Bacon individua le sue fonti in elementi che turbano la capacità intellettuale del singolo.

La conclusione attuale è che l'errore sia una parte fisiologica dell'agire umano, che può essere utilizzato come strumento per migliorarsi ed evitare in futuro la reiterazione e il ripetersi di comportamenti che lo hanno prodotto.

L'errore quindi, come eventuale prodotto dell'agire è presente in ogni campo professionale e riveste un ruolo cruciale soprattutto nella medicina e nella cura dell'altro.

Le conseguenze di un errore possono essere infatti nulle e tali da non farlo nemmeno intravedere, oppure possono essere negative e influire sul processo di cura fino a portare alla morte del paziente.

Nei casi negativi si parla quindi di evento avverso, ossia di evento a causa del quale il paziente subisce un peggioramento delle sue condizioni di salute non a causa del suo quadro clinico, ma a seguito di un errore nella prestazione delle cure.

Se l'evento avverso non viene trattato in modo corretto a favore di tutti gli attori coinvolti, ossia operatore, equipe, azienda ospedaliera a paziente, è possibile che si inneschi il processo che porta a una situazione di crisi, per la quale è indispensabile che vi siano strumenti e figure professionali in grado di gestirla e risolverla.

La complessità relazionale e di cura nella quale tutti questi elementi trovano posto fa sì che la comunicazione sia uno degli elementi essenziali per la gestione corretta dell'evento avverso, e della eventuale crisi. In ospedale, l'istituzione dell'unità di crisi, accompagnata dalla figura del risk manager, si assume il ruolo di responsabilità in caso di evento avverso, anche nel frangente comunicativo. In passato tuttavia non era ben chiaro come dovesse lavorare il risk manager ospedaliero, e per questo ci si basava seguendo le orme del suo omonimo in campo industriale, senza tener conto che una visione così meccanicista, improntata su rapporti meno delicati e che spesso coinvolgono macchinari e strumenti, e poco le persone, escludendo rischi

per la vita o la salute di lavoratori e collaboratori, non avrebbe mai potuto far fronte alla forte componente umana delle aziende ospedaliere.

È importante infatti capire quali siano gli elementi comunicativi in grado di abbassare o alzare la tensione dei pazienti e degli operatori, generare un contesto di fiducia o sfiducia nella struttura, colpevolizzare o responsabilizzare il personale ospedaliero e contribuire a una buona o pessima gestione di una situazione di malpractice.

In questo contesto non possiamo infine trascurare la componente mediatica, che ha un suo preciso ruolo nel trasferire all'esterno ciò che succede tra le mura della struttura sanitaria, influenzando i futuri pazienti, inficiando la reputazione dell'azienda e generando pressioni sui professionisti, spesso più preoccupati della loro tutela legale piuttosto che dell'assistenza medica erogata.

Il progetto dell'agenzia sanitaria dell'Emilia Romagna ha voluto porsi come obiettivo l'analisi completa della gestione del rischio, dedicando un ampio spazio alla comunicazione.

Per poter ricavare regole che fossero comuni e applicabili nella maggior parte dei casi, e quindi per poter mettere a punto una procedura interna alle unità sanitarie locali, si è deciso di procedere selezionando dei casi di evento avverso dovuti all'errore di un operatore sanitario, che abbiano generato o non generato crisi, avvenuti appunto nelle strutture coinvolte: Ospedale Civile di Piacenza, Ospedale di Modena, Ospedale di Reggio Emilia.

Per ogni caso sono stati intervistate le persone coinvolte, mettendole nella condizione di poter parlare dell'evento dal loro punto di vista, senza che vi fosse un motivo legale e di attribuzione di responsabilità. Le domande poste lasciavano ampio spazio alla narrazione, focalizzandosi soprattutto sulla dinamica delle comunicazioni intercorse dopo l'evento avverso. Quindi chi ha parlato con chi, cosa è stato detto e in alcuni casi perché. In questo modo è stato possibile analizzare sia gli attori coinvolti, sia i flussi comunicativi e le loro conseguenze.

Il progetto si è concluso sia con la stesura di procedure e l'acquisizione delle dinamiche in caso di crisi da parte di tutte le strutture coinvolte, sia con il corso "Laboratorio di Gestione della Crisi" voluto dall'Ospedale Civile di Piacenza, rivolto ai risk manager sanitari delle realtà del progetto, con un forte valore formativo sui processi di comunicazione, sulla loro lettura e sulla loro applicazione.

1. Errore, evento, evento avverso

“ Tutta la conoscenza scientifica è ipotetica o congetturale; quello che possiamo chiamare il metodo della scienza consiste nell’imparare sistematicamente dai nostri errori, in primo luogo osando commetterli e, in secondo luogo, andando sistematicamente alla ricerca degli errori che abbiamo commesso”

Karl Popper

Il significato condiviso delle parole

Le definizioni spesso si costruiscono nel tempo, e si differenziano in relazione al campo professionale e sociale nel quale le analizziamo. Ciò che conta in questo progetto è stabilire cosa intendono l’agenzia sanitaria, strutture ospedaliere e addetti ai lavori quando ci riferiamo ai concetti di errore, evento, evento avverso e crisi nel momento in cui questi si presentano tra le corsie, i camici o nelle aule di un tribunale.

Abbiamo già visto che l’errore è una caratteristica fisiologica propria dell’uomo, che in questo particolare contesto compie un’azione o un’omissione nella cura del paziente tale da condurre al fallimento della terapia, dell’intervento o di quanto programmato. L’errore può essere imputabile non solo all’operatore ma anche a carenze strutturali, tecnologiche, strumentali, a comunicazioni viziate tra operatori o tra operatore e paziente.

Nell’elenco riportato di seguito è possibile trovare tutte le definizioni formulate dal Ministero della Salute e riportate nel loro Glossario.

Errore fallimento nella pianificazione e/o nell’esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell’obiettivo desiderato

Errori attivi azioni o decisioni pericolose commesse da coloro che sono in contatto diretto con il paziente. Sono più facilmente individuabili, hanno conseguenze immediate

Errori latenti condizioni presenti nel sistema determinate da azioni o decisioni manageriali, da norme e modalità organizzative e quindi correlate ad attività compiute in tempi e spazi lontani rispetto al momento e al luogo reale dell'incidente. Un errore può restare latente nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidente solo quando si combina con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso

Evento (Incident) accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente

Evento avverso (Adverse event) evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile"

Evento avverso da farmaco (Adverse drug event) qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono:

eventi avversi da farmaco prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia ed eventi avversi da farmaco non prevenibili, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come "reazioni avverse a farmaci" (ADR)

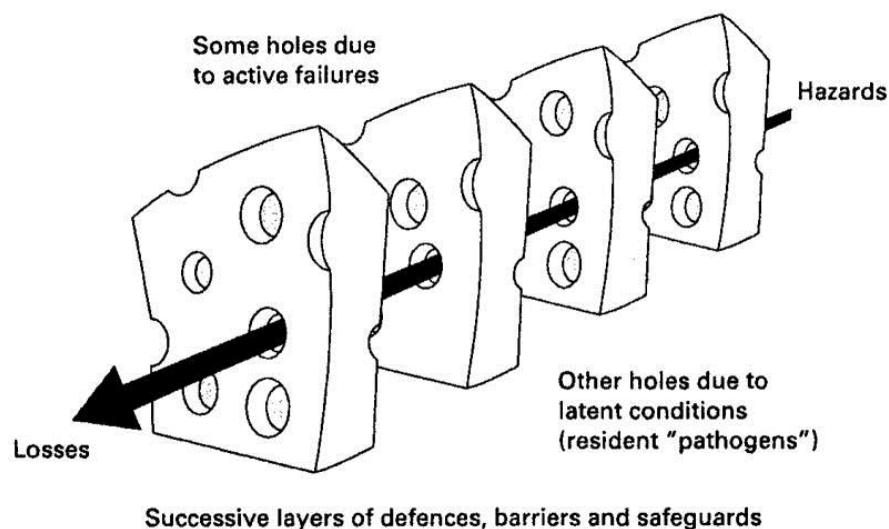
Evento evitato (Near miss o close call) errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Questa classificazione non è fine a sé stessa ma ci permette non solo di non avere fraintendimenti nel loro lavoro di analisi e gestione della crisi e dell'evento avverso (anche da farmaci, come vedremo), ma è anche uno dei compiti primari stabiliti dall'OMS per poter identificare e correggere in modo inequivocabile e valido per tutti il tipo di mancanza che si verifica in una struttura di cura.

Un sistema complesso

Il sistema complesso in cui andiamo a collocare queste parole è determinato da più interazioni tra parti diverse. Ci sono operatori che interagiscono tra di loro, medici, infermieri, farmacisti ospedalieri, ostetriche. Specializzazioni e ruoli diversi in una gerarchia ben definita e con caratteristiche aziendali. Abbiamo anche livelli diversi di competenza, e l'utilizzo di strumenti e tecnologie, più o meno semplici e più o meno collaudate. È anche possibile trovare gradi diversi di difficoltà e gravità della malattia, della diagnosi e della scelta terapeutica. Ci sono poi le complicanze, e la delicatezza degli interventi chirurgici, affrontati in equipe. E infine ultimo, ma non per importanza, c'è il paziente con suo background di esperienze e di cultura, il suo stato d'animo e la sua sofferenza. In questo quadro è la comunicazione a permettere interazioni tra gli attori in gioco e la presa in carico del paziente da parte del medico. Ma cosa succede se qualcosa va storto? Quali sono i problemi che l'azienda è chiamata ad affrontare e di cui si deve far carico per tutelare la salute del paziente e il proprio team?

Sono questi i quesiti ai quali numerosi studi e ricerche hanno cercato di dare risposta e che hanno attirato l'attenzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Istituto Superiore



della Sanità per quanto riguarda l'Italia.

Dal punto di vista teorico all'inizio degli anni '90 lo psicologo James Reason è riuscito a spiegare in modo brillante il problema degli errori

nei sistemi complessi e ne ha individuato un modello chiamato "formaggio svizzero". All'interno della metafora, i buchi delle fette di formaggio rappresentano quelli che nel nostro glossario chiamiamo errori latenti che animano i processi sanitari, quando i buchi sono allineati a causa della mancanza o della modifica di alcune barriere (il formaggio), i buchi si allineano generando l'evento avverso.

Senza dimenticare che i primi studi sugli eventi avversi risalgono agli anni '50, possiamo affermare che sia solo a partire dagli anni '90 che si cerca di dare una risposta non dettata dalla cultura della colpa o del silenzio nei confronti del paziente. In questo precedente contesto (a volte molto attuale) accusatorio o omertoso, la comunicazione non è stata nemmeno presa in considerazione, lasciando che ci fosse una gestione dall'alto dei problemi legali, con strumenti propri della giurisprudenza, e un'osservazione delle responsabilità interna alla struttura.

Quello che si auspica ora è un totale cambiamento di paradigma, che permetta non solo di evitare la degenerazione dell'evento avverso in un caso di crisi, ma anche la possibilità di limitare alcuni eventi avversi ed errori prevedibili, e la necessità di imparare dagli errori commessi e dagli eventi avversi generati, in modo che siano un bagaglio e un'opportunità di miglioramento.

Reason ha quindi ricondotto a 4 principi fondamentali le caratteristiche di questo nuovo schema:

Competenza: i professionisti hanno precisa conoscenza dei fattori tecnici, organizzativi, ambientali ed umani che concorrono a determinare gli errori.

Equità: vi è nella organizzazione un clima di fiducia che favorisce la segnalazione di rischi ed errori da parte degli operatori i quali sono consapevoli di ciò che mette a rischio la sicurezza.

Responsabilità: sia il personale che la direzione sono consapevoli dell'importanza della accuratezza dei dati e premiano la segnalazione degli errori e dei quasi errori (near miss).

Flessibilità: Le soluzioni immediate per la sicurezza devono essere prese da chi lavora sul campo

A questi concetti va aggiunta la parola **interazioni**, a indicare quella complessa rete di persone che si incontra e interagisce nel momento della presa in carico del paziente e che ha ancora più risalto nel caso di un evento avverso.

Tanto rumore per gli eventi avversi

L'importanza degli eventi avversi nasce prima di tutto dalla consapevolezza della loro esistenza, che siano quantificabili e che ci sia una sorta di tracciabilità.

Come per alcune malattie, anche il riconoscimento teorico dell'evento avverso è nato quando si è iniziato a considerare il numero di episodi, a stabilire delle percentuali sui ricoveri e infine a indagare su quanti errori si fossero poi realmente trasformati in eventi avversi.

L'epidemiologia degli eventi avversi ha quindi permesso di concentrare le attenzioni mondiali su questo problema, sia per prevenirli sia per gestire ciò che avviene dopo, ossia la possibile crisi.

Come abbiamo già visto, non esistono studi antecedenti al 1950, ma il primo grande studio capostipite di tutti i successivi lavori fu l'Harvard Study, secondo il quale il 3,8% dei pazienti riportava danni in seguito al ricovero ospedaliero, e di questi danni il 14% era mortale.

In Australia, il Quality in Australian Health Care Study – QAHCS, del 1995 denuncia una incidenza di eventi avversi del 16,6% nei pazienti ospedalizzati.

Del 1999 è il documento "To err is human" elaborato dall'Institute of Medicine, USA, secondo il quale gli errori commessi da personale medico sono responsabili di una cifra di decessi l'anno che varia dai 44.000 ai 98.000 nei soli Stati Uniti. Corrispondente a una cifra superiore a quella causata dal cancro al seno e dall'AIDS.

Il documento "An organization with a memory", del Dipartimento della Sanità inglese, del 2000, riporta un'incidenza del 10% di eventi avversi in pazienti ospedalizzati.

In più altre ricerche hanno focalizzato la loro attenzione sugli eventi avversi dei pazienti non ospedalizzati, dovuti a errori in ambito farmacologico o commessi dal medico di famiglia.

Gestire la crisi

L'unico concetto che non abbiamo ancora definito è proprio quello di crisi, generata da un evento avverso e quindi in ultima analisi da un danno subito dal paziente a causa di uno o più errori. L'evento avverso può generare una crisi, ma non è detto che lo faccia e questa crisi può esprimersi in negativo oppure rapidamente spegnersi, appoggiandosi sulla capacità delle parti di venire a un accordo con superamento del trauma da parte del paziente e senza danni di immagine per l'azienda.

Le definizioni di crisi sono molteplici, e non esaustive e si riferiscono spesso ciascuna a un contesto differente che sia economico, medico, sociale.

Sul dizionario Sabatini Coletti del Corriere della Sera in rete le definizioni sono ben cinque.

crisi

[crì-si] s.f. inv.

- **1** Deterioramento di una condizione oggettiva con conseguente instabilità socio-politica e decadenza delle istituzioni civili; turbamento della pacifica convivenza, della vita in comune: c. internazionale || c. di governo, cessazione del governo in seguito a dimissioni o a un voto di sfiducia
- **2** Periodo caratterizzato da una caduta della produzione, da disoccupazione, scarsa utilizzazione degli impianti, riduzione degli investimenti SIN recessione
- **3** Incrinatura di un rapporto, interruzione della precedente armonia
- **4** Sconvolgimento dell'assetto interiore di un individuo
- **5** med. Cambiamento improvviso nel decorso di una malattia; estens. fase acuta di una malattia: c. diabetica; scoppio di uno stato emotivo: c. di pianto

Quella che si adatta meglio al nostro scopo è proprio la terza definizione: incrinatura di un rapporto.

A seguito di un evento avverso con danno al paziente, i rapporti di fiducia vengono in qualche modo compromessi, si innescano delle reazioni a catena che culminano con l'interruzione della pratica di cura, l'apertura di un contenzioso legale per il risarcimento economico e la condanna del colpevole a favore del paziente e con l'azienda che deve tutelare i suoi operatori. La crisi è quindi una situazione che sopraggiunge senza preavviso, in modo del tutto repentino, imprevedibile. Si può prevenire agendo sull'evento avverso quando è possibile farlo, e nei passaggi che precedono e portano alla nascita della crisi stessa.

I motivi che innescano una crisi spesso non si esauriscono nell'evento in sé, come vedremo più in dettaglio nell'analisi dei casi, ma scaturiscono dalla mancanza del riconoscimento dell'evento avverso da parte dell'ospedale, da un presa in carico insufficiente e inadeguata, da un desiderio di rivalsa e di giustizia per i disagi che l'errore ha portato. Tutte motivazioni che coinvolgono le relazioni e la comunicazione: cosa e come si parla e si comunica ciò che è avvenuto, a chi lo si dice e chi ne viene coinvolto.

La crisi quindi, come in ogni azienda, anche nelle strutture ospedaliere può essere inserita tra gli avvenimenti possibili all'interno del lavoro quotidiano, e per questo oggetto di protocolli e linee guida per gestirla, senza venire meno ai propri obblighi verso il paziente, la struttura, la deontologia.

Questa gestione comprende anche il coordinamento nei rapporti tra:

- operatori, colleghi
- direzione sanitaria
- medico legale
- paziente e familiari
- media

Ma chi deve gestirli e come? Quali sono le azioni pratiche e le tecniche comunicative adeguate ad avvicinare il paziente e i familiari alla struttura ospedaliera?

Come mantenere un livello ottimale di reputazione aziendale corrispondente a un alto livello di prestazioni?

Le regole sulle quali basare la comunicazione e l'intervento di una task force appropriata sono proprio il focus sul quale abbiamo incentrato l'analisi delle interviste e il corso di formazione "Laboratorio di Gestione della Crisi" dell'Ospedale Civile di Piacenza.

Vedremo quindi nel corso del lavoro differenze importanti tra casi diversi caratterizzati da resilienza, con accordo tra le parti, crisi tra paziente e struttura, e crisi mediatica, che acquista un ruolo particolare rispetto alle dinamiche interne.

La crisi infatti spesso non rimane tra le mura della struttura ospedaliera, ma viene raccolta all'esterno, sia direttamente dai giornalisti sia attraverso il passaparola oppure a causa della volontà di giustizia da parte della parte lesa, amplificata e diffusa attraverso la carta stampata, la televisione e il web.

Per questo per l'ospedale è ancora più importante non solo gestire le comunicazioni interne, ma sapere come comportarsi verso i cittadini, interessati a conoscere il livello qualitativo della struttura della propria città, alla quale si rivolgerebbero per l'assistenza sanitaria.

In questo caso l'immagine è per l'azienda un biglietto da visita e un bene importante per la sua stessa sopravvivenza, supportato da un'adeguata e reale qualità dei servizi e delle prestazioni offerte.

Vedremo dagli esempi raccolti che la stampa viene utilizzata dai pazienti anche come mezzo per far sentire la propria voce quando e se inascoltata. Per questo è opportuno che anche l'azienda utilizzi e non subisca i mezzi di informazione, soprattutto nel caso in cui una realtà possa essere distorta sia dal paziente leso, sia dal giornalista inesperto.

A oggi buona parte delle strutture dispone di ufficio di relazioni con il pubblico, di un ufficio stampa e di un ufficio comunicazione. Le figure professionali deputate non sono quindi medici,

ma esperti in comunicazione, giornalisti e addetti stampa, con un background adatto che tuttavia può scontrarsi con varie difficoltà: medici impreparati che rispondono alle domande dei giornalisti senza aver consultato prima l'ufficio comunicazione, comunicazione interna assente, difficoltà nel gestire situazioni poco note in un contesto altamente specializzato.

Dal punto di vista tecnico, uffici stampa e azienda ospedaliera devono conoscere le linee guida principali della comunicazione, tra cui coerenza in ciò che si dice dentro e all'esterno, evitare i "no comment", essere credibili e non omettere informazioni che comunque potrebbero trapelare, essere propositivi e disponibili, collaborando con i colleghi.

2. Riflessioni sulla comunicazione in ambito medico

Modelli di comunicazione

Non è possibile prescindere dalla comunicazione in nessuno dei contesti nei quali ciascuno di noi vive. Ci relazioniamo quotidianamente con altre persone per i motivi più diversi, che siano lavoro, relazioni personali, svago, necessità, e in molteplici modi che vanno dalla macro suddivisione tra linguaggio verbale e non verbale fino ad arrivare all'analisi precisa e sottile di alcuni modelli di comunicazione.

Anche la medicina, come altri settori, ha i suoi modelli relazionali importanti non solo superficialmente, ma affinché la mission stessa del rapporto di cura funzioni. I medici e gli operatori sanitari possono e devono comunicare tra loro e con i pazienti attraverso il linguaggio, i gesti, le espressioni per poter attivare quella relazione necessaria affinché ci sia, semplificando, anamnesi, diagnosi e terapia.

Il rapporto medico-paziente impatta notevolmente l'approccio alla terapia nella sua costruzione e nella sua accettazione, e deve tener conto di una serie di fattori, ancora più stringenti nel momento in cui si comunica l'evento avverso, nel nostro caso.

Innanzitutto partiamo dal presupposto che questa relazione non avvenga tra individui sullo stesso piano: da un lato abbiamo un professionista con competenze che spesso il paziente che si rivolge a lui, attivando un patto di fiducia, non possiede. Il rapporto è in prima istanza professionale, il paziente – cliente – chiede un servizio a chi ha le conoscenze per svolgerlo e si aspetta un risultato. Risultato che comunque ha al suo interno tutte le incertezze del campo medico. All'interno di questo quadro, **J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four models of the Physician-Patient Relationship***, hanno descritto i quattro possibili modelli di comunicazione medico-paziente, che noi siamo poi andati a ricercare anche nelle nostre interviste.

- Paternalistico - Il medico si comporta come un genitore, rivolgendosi al paziente con raccomandazione che indicano la scelta migliore da compiere. Il paziente sceglie se seguire o meno queste raccomandazioni, dettate appunto dall'alto come da una figura paterna. Vengono omessi gli elementi negativi.
- Informativo - Questo è un modello tipico del rapporto tra venditore e consumatore. Il medico fornisce informazioni su tutte le scelte terapeutiche disponibili in modo accurato e imparziale. Il paziente sceglie una delle opzioni disponibili con il suo personale bagaglio esperienziale.

- Interpretativo – Il medico si fa interprete delle esigenze e dei bisogni del paziente, seguendone i valori. In questo modello infatti il paziente non è in grado di scegliere tra le opzioni disponibili perché in assenza di informazioni e competenze mediche. È quindi il medico che cerca di capire o interpretare valori generali del paziente e le sue preferenze, raccomandando quindi il trattamento migliore.
- Deliberativo - In questo modello parte del ruolo del medico consiste nel promuovere la salute influenzando le scelte del paziente, utilizzando un approccio non coercitivo per motivarlo.

Nel caso in cui all'interno del patto di cura subentri un episodio di evento avverso dovuto a un errore del professionista, sia esso medico o infermiere, la comunicazione può assumere diverse sfaccettature dipendenti molto spesso anche da componenti caratteriali e capacità relazionali, dalla percezione e dal substrato culturale del paziente, dal suo vissuto, dall'idea che il medico stesso ha del suo lavoro. Su alcuni di questi elementi non è possibile agire e quindi verranno considerati come una sorta di rumore di fondo, da tener presente durante le analisi. Il modo in cui si comunica e il flusso di relazioni da attivare possono invece essere oggetto di linee-guida e raccomandazioni. Per questo nel nostro lavoro ci siamo occupati a posteriori di ritrovare gli elementi chiave sottesi ai modelli comunicativi e sui quali fosse possibile agire per prevenire o gestire l'insorgere di una crisi.

I modelli sopraccitati possono essere ripresi anche in caso di evento avverso, con alcune particolarità. Nel modello paternalistico in caso di errore il medico tenterà di essere reticente, di nascondere, soprattutto se non ha avuto alcuna esito visibile. Nei modelli informativo e interpretativo il medico, o più in generale un'equipe coordinata dall'alto, comunicheranno al paziente non solo l'evento avverso intercorso, ma anche le possibili scelte terapeutiche successive per risolvere, mitigare l'evento stesso, nonché una via conciliativa che presupponga un risarcimento qualora fosse opportuno. Nel modello deliberativo il medico cerca di edulcorare agli occhi del paziente, magari con ambiguità, l'evento avverso. Esiste inoltre un modello difensivo, nel quale il medico, con la percezione di essere sotto accusa, si adopererà al solo scopo di difendere il suo operato e le sue azioni, come risultati di competenze acquisite.

Il contesto sociale e culturale

Nelle dinamiche relazionali e comunicative proprie dell'evento avverso è opportuno considerare il contesto, ossia le condizioni che attivano o meno il processo verso una crisi.

A partire dall'analisi di questo contesto è possibile spostarci dai singoli casi verso un clima più generico che rende ogni evento di cura un possibile evento di crisi.

Si tratta infatti sia di considerare un contesto contingente: una situazione di salute già compromessa, un evento lieto che oscura l'evento avverso, una serie di errori ripetuti e così via, sia un contesto sociale generico e valido per tutti, quello della percezione della medicina oggi.

Se nelle menti e nelle aspettative di operatori e utenti la morte è interdetta e la medicina è infallibile, se chi la opera è protetto da un metodo e da una procedura che spersonalizza l'operato rendendo anche l'operatore infallibile, ne consegue che è quasi impossibile accettare l'errore o l'evento avverso e che quindi aumenteranno sempre di più i passaggi da eventi (più o meno avversi, basta siano quantomeno imprevedibili) a crisi profonde di fiducia nelle organizzazioni di cura.

È possibile quindi che sia necessario riflettere sulla concezione della medicina nella società odierna, dove il tipo di aspettative ingenerate dalla storia delle organizzazioni e dei servizi di cura occidentali potrebbe creare – ce lo stiamo chiedendo – un contesto favorevole alla crisi da evento avverso. Il paziente “empowered” potrebbe quindi essere spinto a rivendicare aspettative alte, spesso promesse dagli stessi operatori del settore.

Per interagire con la crisi è necessario attivare un livello che sia preventivo e che quindi, ricostruendo i contesti di cura, possa incidere molto precocemente con l'evento avverso riducendo la probabilità che esso comporti una crisi.

3. Dall'evento avverso alla crisi comunicativa e relazionale

La crisi

La crisi è una possibile conseguenza dell'evento avverso a seguito del quale si interrompe un rapporto di fiducia tra paziente/familiari e struttura di cura. Possiede alcune caratteristiche peculiari, utili e necessarie per comprendere appieno il progetto e stabilire l'obiettivo delle analisi.

- L'evento avverso non genera necessariamente una crisi. La crisi è una delle possibili conseguenze ed esiti di un processo che parte dall'evento avverso. Gestire la crisi quando compare, o evitarla se possibile, sono azioni importanti e necessarie che ciascuna unità ospedaliera è chiamata a compiere nell'interesse del mantenimento della sua mission.
- La crisi da evento avverso, quando avviene, non è legata in maniera univoca alla natura di un evento (es: un caso di evento clinico maggiore può non ingenerare crisi organizzativa interna o comunicativa con l'esterno della struttura, mentre un caso ininfluenza dal punto di vista clinico può scatenare l'ira dell'utente e ripercussioni mediatiche o legali).

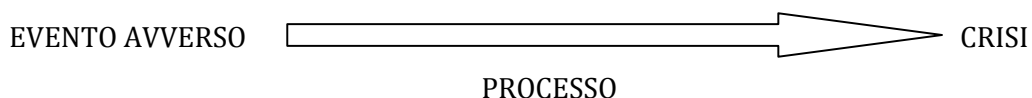
La crisi potrebbe essere definita nel nostro specifico caso come segue:

“Circostanze in cui una o più risposte-reazioni a un evento incidentale sono tali da innescare e/o incrementare processi conflittuali che portano al disequilibrio organizzativo e alla impossibilità di svolgere la mission istituzionale di cura\accompagnamento così come immaginata, definita e svolta dagli operatori”.

Il processo

Il centro della riflessione si sposta quindi dall'evento avverso in sé ai processi, ossia a quelle serie di azioni e reazioni compiute da tutti gli attori coinvolti, che conducono a una crisi per stabilire se e quali siano gli elementi ricorrenti ed emblematici, i punti chiave, i nodi e gli elementi in grado di alzare o abbassare la tensione, la rabbia, il desiderio di rivalsa.

Per questo non è tanto importante focalizzare le nostre attenzioni sull'entità dei casi clinici considerati, ma piuttosto le caratteristiche del processo. Un evento di grave danno o morte non solo può non essere utile al nostro scopo perché incapace di generare di per sé una crisi, ma potrebbe anche aggiungere delle difficoltà emotive nei parenti e nel personale intervistato.



Il passaggio dall'evento avverso alla crisi come **processo** è dunque l'oggetto che ci prefiggiamo di analizzare attraverso il punto di vista dei testimoni, ossia di coloro che lo hanno vissuto e creato. Ciò che puntiamo a ricostruire è proprio un quadro delle diverse aspettative, dei modi differenti con i quali si dà un senso a un evento avverso imprevisto e accidentale, e alle azioni compiute (proteste, denunce, utilizzo dei mass media come cassa di risonanza), così da potere fare luce sugli schemi di cui ogni attore coinvolto dispone per l'interpretazione di quanto è accaduto e delle sue conseguenze.

4. Il progetto dell'Agenzia sanitaria dell'Emilia Romagna

Storia del progetto

Il progetto dal titolo "Apprendimento organizzativo nella gestione del rischio: da laboratori a tecnologia in uso. Definizione di politiche e indirizzi per la gestione, metodologie per l'analisi dei sistemi organizzativi, diffusione e trasferimento di buone pratiche, procedure per la gestione delle crisi" nasce nel 2009 e vede come primo attore l'agenzia sanitaria della regione Emilia Romagna e il coinvolgimento e la collaborazione, quale ente di ricerca, della Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati (Sissa) di Trieste e dalle aziende ospedaliere e Usl di Piacenza, Reggio Emilia, Modena e Bologna.

Il sottotitolo del progetto – Gestione della crisi – riesce con maggior forza a farci comprendere ciò di cui stiamo parlando: vogliamo capire come viene gestita una crisi ora e come dovrebbe essere gestita in futuro, attraverso l'analisi delle procedure esistenti in ciascuna struttura, delle linee guide stabilite dal Ministero e di casi pratici selezionati dalle strutture ospedaliere coinvolte.

In particolare l'obiettivo fondamentale del lavoro di tesi si focalizza e si concentra, come abbiamo già visto, sulla gestione dei processi comunicativi e relazionali che intercorrono dal momento in cui un evento avverso accade fino all'eventuale esacerbazione di tale evento in crisi e nel suo epilogo.

In una prima fase del progetto l'agenzia sanitaria si è occupata di capire le definizioni di cui abbiamo discusso nel precedente capitolo, andando a sviscerare i significati concordi e unanimi di evento accidentale e crisi all'interno di un contesto procedurale e aziendale.

Questo primo passo ha inoltre permesso alle Aziende della Regione di raccogliere e analizzare le procedure in quel momento in uso per la gestione della crisi, in modo tale da comprendere gli elementi considerati comuni ed emblematici presenti in ogni crisi. Questi fattori sono stati considerati per muoversi correttamente nell'analisi sul campo e per scegliere i casi più rappresentativi. Tra novembre 2009 e febbraio 2010 è stato quindi fissato un primo focus group con restituzione dei risultati che ha visto coinvolti la Sissa, l'Agenzia RER nella figura di Renata Cinotti e le Aziende rappresentate come segue:

| | |
|---|---------------------|
| Azienda USL di Reggio Emilia | Pietro Ragni |
| Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia | Giorgio Mazzi |
| Azienda USL di Piacenza | Silvia Barbieri |
| Azienda USL di Bologna | Daniele Tovoli |
| Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena | Giovanni Beduschi |
| Agenzia RER Comunità, equità e partecipazione | Augusta Nicoli |
| Agenzia RER Comunità, equità e partecipazione | Giovanni Ragazzi |
| Sissa | Vincenza Pellegrino |

La seconda parte della pianificazione dei lavori ha poi permesso di delineare e mettere a punto una strategia e un metodo di lavoro nella ricerca pratica.

Sono stati scelti i casi di ricerca, selezionati tra quelli proposti dalle varie aziende, ne è stato chiarito il motivo e la caratteristica più importante. È stato inoltre definito il metodo di intervista e di analisi dei casi.

Dopo aver ricevuto i consensi, l'ultima fase operativa è stata caratterizzata dai contatti con pazienti e medici coinvolti nei casi, dalle interviste de visu e dalla sbobinatura e analisi dei testi. Il seminario residenziale Laboratorio Gestione Crisi, che ha avuto luogo presso l'Azienda Usl di Piacenza, è stato quindi il prodotto di dissemination finale nel quale convogliare i risultati e portare nuovi strumenti al servizio della comunicazione.

La fase preliminare

La fase preliminare, che ha permesso di delineare gli elementi dell'indagine e le definizioni di crisi ed evento avverso all'interno dell'azienda ospedaliera e delle sue procedure, è stata sviluppata con questi momenti:

- raccolta delle procedure per la gestione della crisi prodotte dalle Aziende della RER e costruzione di una tavola sinottica;
- analisi del focus group condotto con il gruppo di lavoro (20 novembre 2009);
- incontro di restituzione dei risultati emersi (25 febbraio 2010).

In questi incontri è stato ribadito chiaramente quale fosse il compito della UO SISSA, di cui abbiamo già accennato nel capitolo precedente: analizzare episodi di evento avverso storici in

cui si sono verificate circostanze che hanno portato alla crisi vissuta dalle organizzazioni, ricostruendo il processo dal punto di vista degli attori coinvolti e valutando se e come tale processo abbia lasciato 'tracce' nel presente (modificando per esempio l'organizzazione o le procedure in atto). **Con l'obiettivo finale di definire "cosa sia la crisi" agli occhi di chi la vive.**

L'analisi dei dati raccolti ci ha permesso di restituire le dinamiche relazionali che caratterizzano gli episodi di crisi nelle strutture sanitarie, con particolare attenzione alle aspettative e alle rappresentazioni che i soggetti coinvolti attribuiscono ai processi organizzativi.

Metodologia: selezione dei casi

A termine di questa fase preliminare, i passaggi successivi per procedere con la nostra indagine sono stati tre:

- ascoltare i casi scelti dalle varie unità operative coinvolte
- selezionarne alcuni
- lavorare sul campo per ricostruire i casi scelti.

I soggetti interni alle Aziende identificati nei coordinatori scientifici e loro collaboratori sono stati coinvolti con il compito di intercettare e individuare, ciascuno all'interno della propria realtà aziendale, i casi di crisi storici e rimasti nella memoria delle organizzazioni, seguendo certe direttive e con certe caratteristiche iniziali. Per poter effettuare questa prima selezione è stato utile poter avere alcune indicazioni e note-guida preliminari, sulle quali comunque è sempre rimasta aperta la possibilità di un confronto.

A seguito di un'ampia casistica riportata, l'obiettivo finale è stato poi quello di restringere il campo e scegliere solo i casi nei quali fosse presente una certa variabilità per tipologia di evento e per conseguenze, e dai quali fosse comunque possibile astrarre una serie di elementi comuni utili per la costruzione di una procedura.

Nella tabella sottostante possiamo ritrovare alcune declinazioni dei principali fattori determinanti per l'individuazione e la selezione dei casi:

Tipologia di evento avverso:

- clinico grave (escluso il decesso)
- clinico minore
- non clinico
- grado di prevedibilità e prevenibilità
- causato da operatori
- non causato da operatori (strumenti, tecnologie, struttura ospedaliera)

Conseguenze gestionali per l'azienda/usl:

- perdita di fiducia da parte del paziente e del pubblico nei confronti della struttura sanitaria, coincide con un danno di immagine
- perdita di fiducia tra interni: personale sanitario, direzione, colleghi
- interruzione del rapporto di cura e impossibilità nel perseguire la propria mission
- risarcimento economico
- contenzioso legale
- possibilità di imparare dall'evento avverso attraverso la messa in atto di nuove procedure
- Presa in carico del paziente e dell'operatore: mantenimento del rapporto di fiducia

esiti finali

- l'evento avverso innesca la crisi interna e/o esterna
- l'evento avverso porta a resilienza

Inoltre, tra le caratteristiche generali di selezione, sono state fornite queste indicazioni:

- Non sono stati considerati eventi clinici maggiori che abbiano portato alla morte del paziente né a danni molto gravi, in quanto renderebbe problematico il contatto con i familiari e la gestione di aspettative e contrasti che potrebbero nascere con le interviste;
- per motivi sia etici (sollecito del ricordo di eventi fortemente negativi) che metodologici (elaborazione postuma dell'accaduto), si è sostenuta l'individuazione di casi recenti, la cui gestione si sia conclusa da non più di due anni;
- è importante orientarsi verso eventi scatenanti con implicazioni cliniche nei quali le competenze di cura sono interrogate, in quanto scegliere incidenti troppo esterni al

processo di cura (terremoti, incendi provocati da ignoti, etc.) renderebbe troppo vasta la riflessione rispetto alle dimensioni vitali per l'organizzazione che sono appunto le dimensioni organizzative e comunicative che implicano l'idea di competenza e l'idea di responsabilità;

- è stato chiesto inoltre di considerare i casi di crisi che si caratterizzano per l'iter di comunicazione con l'esterno e per la forza delle implicazioni legali perché a nostro avviso questi sono i problemi più difficili da fronteggiare e quindi necessitano di un'analisi approfondita;
- infine, è stato chiesto di considerare casi nei quali fosse implicato un numero relativamente alto di persone.

Una volta individuati i casi attraverso la selezione iniziale e quella successiva più puntuale, abbiamo avuto particolare cura nel reclutamento, nell'organizzazione e nella gestione delle interviste e della ricerca, con un'attenzione in più alla gestione della privacy. La richiesta di disponibilità a farsi intervistare individualmente e con registrazione è avvenuta attraverso avvisi chiari ed efficaci circa la natura dell'indagine e la sua autonomia rispetto ad altri elementi. Inoltre sono stati selezionati anche casi nei quali non tutti i protagonisti fossero disponibili per un'intervista.

I casi identificati dalle aziende coinvolte

Usl e aziende ospedaliere di Piacenza, Modena e Reggio Emilia, nelle figure dei loro coordinatori, in una riunione che ha visto presenti Vincenza Pellegrino, Renata Cinotti, Augusta Nicoli e Giovanni Ragazzi, hanno presentato i seguenti casi storici di evento avverso con o senza esito critico.

1. Azienda USL A

Nelle farmacie aziendali è stato distribuito un farmaco in una confezione con dosaggio errato. L'erogazione del farmaco da parte di questa farmacia era prevista dalla regolamentazione per la cura delle malattie croniche. In questo episodio il farmaco anti-epilettico è stato acquistato e somministrato dalla madre di un bambino affetto da una patologia rara, R14, in dose doppia rispetto alla terapia prevista dalla ricetta con conseguente letargia del bambino. La successiva interruzione del farmaco suggerita dal professionista dal quale era in cura ha comportato crisi epilettiche ripetute e importanti.

La madre inoltre è parte attiva nella malattia del figlio e fondatrice dell'associazione internazionale dedicata alla malattia.

L'interesse di questo caso è dovuto alla complessa rete di relazioni esistenti tra professionisti diversi come farmacisti e medici – in questo caso neurologi – e mette in luce il problema della comunicazione all'interno dei reparti e sezioni ospedaliere.

Le pratiche in questo caso non sono standardizzate e la comunicazione trova spazio anche all'esterno con il coinvolgimento dello psichiatra infantile al quale il bambino fa affidamento. Da ultimo è importante sottolineare che il conflitto, chiuso con la famiglia, sia rimasto invece aperto tra Usl, psichiatra esterno e farmacista.

2. Azienda Ospedaliera B

Garza rinvenuta in addome a distanza di anni dall'intervento originario a seguito del quale è stata dimenticata. Il paziente era stato operato nove anni prima per una ciste epatica da echinococco. Ha vissuto nove anni con la garza in addome fino a quando alcuni malori lo hanno riportato all'ospedale per accertamenti. Operato come se fosse una nuova ciste, il referto ha mostrato invece un risultato anomalo, compreso dall'equipe e identificabile come "garza", ma non immediatamente dal paziente stesso, al quale non è stato comunicato la vera natura del ritrovamento. Solo in un secondo momento, avendo capito di essere stato vittima di un errore medico di nove anni prima, il paziente ha denunciato il caso ed è ricorso alla stampa. È un errore che rientra nell'immaginario collettivo e ha permesso anche di attuare una serie di procedure per evitarlo (quali conta delle garze e garze marcate). Inoltre ci sono stati problemi nella sua risoluzione per presunta prescrizione del fatto (assicurazione contro ospedale) e l'uso della stampa per far sentire la propria voce.

3. Azienda Ospedaliera B

Caso di chirurgia bariatrica che ha portato a complicazioni. Il paziente è passato da 250 kg a 82 kg con una tecnica chirurgica attualmente considerata obsoleta e rischiosa e non più eseguita.

Il caso non è isolato, ma ricade in circa 23 casi del tutto simili. Il paziente in questione ha tuttavia deciso, sebbene risarcito, di utilizzare i mass media per raccontare la sua esperienza. In parallelo si è aperto anche un contenzioso legale tra l'azienda e il professionista che continuava a praticare l'intervento incriminato, nonostante fosse stato invitato a non eseguirlo più. In seguito a tali episodi, il professionista ha deciso di trasferirsi presso una clinica di cura privata di Bologna.

Questo caso è interessante non solo per la “autonomia mediatica” dell’utente, per il suo desiderio prolungato di parlare e diffondere informazioni sulla sua esperienza, ma anche e soprattutto per la condizione del professionista, isolato, ma motivato a perseverare, inserito in un contesto di contrattazione diretta con l’utente. In questo caso sarebbero particolarmente interessanti le interviste fatte ai colleghi, all’equipe con la quale realizzava questi interventi e alla dirigenza.

4. Azienda Ospedaliera C

Durante un parto cesareo un’infermiera taglia la prima falange di un dito del neonato insieme al cordone ombelicale. La presa in carico è immediata, le informazioni fornite ai genitori esaustive, l’ammissione di colpa chiara (la quantificazione del danno e il risarcimento sono molto rapidi).

I genitori quindi decidono di non fare causa alla struttura e all’infermiera e di non aprire un contenzioso. Grazie a questo caso vengono analizzate le procedure per il taglio del cordone ombelicale e vengono cambiate le forbici utilizzate. La stampa non dà spazio all’accaduto e l’episodio è un ottimo esempio di resilienza.

5. Azienda Ospedaliera C

Un paziente intubato e assistito dal reparto rianimazione rimane chiuso all’interno di un ascensore bloccato. Una volta risolto il guasto tecnico e portato in reparto, il paziente muore. La stampa locale dà molto spazio alla vicenda, mentre l’azienda risponde indicando nel quadro clinico del paziente, seriamente compromesso, la vera causa del decesso. In ascensore erano inoltre presenti operatori qualificati.

Nella comunicazione al pubblico intervengono anche i manutentori dell’ascensore e un vigile del fuoco, garantendo la buona supervisione degli impianti. Il procedimento di risarcimento ai parenti è ancora aperto, anche se comunque non sembrano intenzionati a fare causa, indicando quindi un rientro della situazione di crisi.

L’interesse in questo caso è dato dalla tipologia dell’evento non clinico e dall’aspetto comunicativo soprattutto verso l’esterno, con il coinvolgimento anche di tecnici, manutentori e vigili del fuoco, quasi in chiave “investigativa”, alla ricerca di un responsabile.

6. Azienda ospedaliera D

2006 – Dermatologia. Undici pazienti sottoposti a fototerapia hanno riportato ustioni di primo e secondo grado a causa dell’utilizzo di lampade nuove, appena cambiate, senza che i tecnici

addetti all'apparecchiatura fossero stati avvertiti. L'esposizione troppo lunga a intensità troppo elevate, compatibili invece con lampade vecchie e quindi non più efficienti, ha causato le ustioni.

In una prima fase la mediazione iniziale era riuscita a portare a un accordo per il risarcimento, in seguito tuttavia alcuni dei pazienti coinvolti hanno di nuovo presentato le loro rimostranze per la vicenda. L'utente si è quindi mosso in maniera del tutto indipendente e svincolata rispetto agli sforzi messi in atto dall'azienda stessa.

La caratteristica importante in questo episodio è proprio dovuta alla "finta" resilienza, alla fase di quiescenza che ne consegue per poi sfociare in una nuova crisi.

La selezione

L'analisi sul campo è quindi partita da casi sopra descritti presentati dalle varie strutture coinvolte e rispondenti alla classificazione presentata nei primi focus group. Per restringere le possibilità a un numero di casi ideale da gestire e adatti per dedurre caratteristiche generiche, abbiamo compiuto diverse osservazioni per selezionare solo le realtà che ci permettessero di raggiungere i nostri obiettivi.

Volevamo avere un numero congruo di situazioni ed elementi emblematici, racchiusi in massimo 3 episodi concreti.

Il caso numero 1, in cui un farmacista interno all'azienda aveva venduto una scatola a dose doppia di un farmaco acquistato abitualmente dalla madre del paziente, ci offriva la possibilità di considerare le relazioni interne alla stessa azienda, tra professionisti e reparti differenti, permettendoci di sondare anche la presa in carico del paziente, l'utilizzo della crisi come opportunità per migliorare un servizio e il ruolo di un utente – in questo caso la madre – empowered e quindi parte attiva nella gestione della cura e della malattia del figlio.

Il contesto associativo e la routine terapeutica dovuta alla malattia cronica hanno permesso di sondare i rapporti di fiducia tra struttura e famiglia quando questi sono costanti nel tempo, e il livello di standardizzazione delle procedure adottate. In questo caso la crisi è stata sanata all'interno e con il paziente, senza avere ripercussioni sulla stampa, ma è ancora presente un nodo emblematico da sciogliere tra addetti ai lavori.

Il caso numero 2 dell'azienda ospedaliera C era di per sé un modello quasi universale: la classica garza dimenticata in addome. Si stima che la ritenzione in addome di materiale chirurgico si verifichi una volta ogni mille – tremila interventi l'anno, e che questo evento avverso possa causare un ampio range di conseguenze che vanno dall'assenza di sintomi al

decesso. Spesso è quindi difficile da scoprire e può avvenire a distanza di giorni, mesi o addirittura anni (come in questo caso) dall'intervento originario.

Un problema quindi diffuso e ben conosciuto all'esterno, che trova nella stampa e nella televisione un ottimo alleato. La mancanza di comunicazione con il paziente e l'aggravarsi della crisi con l'apertura di un contenzioso legale hanno fatto di questo episodio un candidato ideale per analizzare i rapporti di fiducia tra struttura e paziente e quelli tra struttura e pubblico. L'evento, di per sé sia prevedibile sia prevenibile, è nel frattempo già stato sottoposto ad analisi procedurale, per cui vigono attualmente protocolli di conta garze.

Il caso numero 4 è stato l'unico caso descritto che si concludeva con una resilienza totale. La crisi non si è nemmeno verificata, mentre l'evento avverso, che ha generato un danno al paziente, è stato risolto con un risarcimento economico e l'impegno a curare la parte lesa. Questo caso serve quindi a mettere in luce tutti quegli elementi positivi che potrebbero aver contribuito a spegnere le tensioni e a portare la famiglia ad accordarsi in modo chiaro e pacifico con l'azienda ospedaliera. L'evento avverso c'è stato, ma non ha generato crisi, né perdita di fiducia. Come è stato possibile? Quali attori coinvolti hanno avuto un ruolo importante? Quali elementi comunicativi e relazionali hanno permesso questo successo?

Pur con queste motivazioni sviluppate e costruite a priori nell'esecuzione delle interviste, le possibilità di analisi sono rimaste aperte, ponendo domande generiche che permettessero di costruire relazioni, stati d'animo, aspettative delle parti in causa, azioni compiute e attori coinvolti, senza perdere di vista quali fossero i focus di ciascun caso selezionato.

Anche per i casi esclusi abbiamo ipotizzato diversi ragionamenti e osservazioni per un'analisi, individuando i motivi che ne hanno decretato l'esclusione.

Il caso 6 ha coinvolto soprattutto un aspetto: la mancanza di comunicazione tra manutentori e tecnici, con la conseguenza delle ustioni. Per quanto l'omissione possa essere emblematica, risultava troppo specifica e determinata per poter attuare una proficua astrazione delle dinamiche sottese all'insorgenza della crisi. Inoltre la fase di latenza tra risarcimento, accordo pattuito e comparsa di nuovi tentativi di rivalsa fa supporre che esistano delle componenti caratteriali molto forti nelle persone coinvolte.

Il secondo caso che ha coinvolto l'ospedale B è stato oggetto di attenzioni da parte nostra per il coinvolgimento di un professionista che ancora pratica, per le ingenti conseguenze dell'intervento, per l'alto numero di persone da intervistare, per la copertura mediatica e per il doppio ruolo dell'azienda come parte colpevole e parte lesa. L'impatto emotivo, la sensazione che il paziente fosse troppo partecipe con la sua forte volontà di testimoniare

l'accaduto, nonché la difficoltà di interpellare il responsabile, hanno fatto sì che questo caso venisse escluso dalla selezione.

Il quinto caso ha sollevato la nostra curiosità per diversi motivi: l'evento avverso si è differenziato dagli altri perché di tipo tecnico (come nel primo caso, ma qui senza nessuna negligenza nella manutenzione dell'ascensore o nella comunicazione tra tecnici e manutentori) prevedibile, ma non prevenibile, non sappiamo se esistono infatti procedure alternative per il trasporto di un paziente da un reparto all'altro e se ci fosse stata la possibilità di evitare o mitigare l'accaduto. La crisi non è avvenuta tra ospedale e nucleo familiare del paziente deceduto, ma attraverso i mass-media. Il decesso non è direttamente e solo collegato alla permanenza in ascensore, ma al quadro clinico compromesso del paziente. L'elemento emotivo implicito e forte, dovuto alla conclusione dell'evento, non ci ha permesso di poterlo approfondire. Il medico primario della rianimazione, seppur non direttamente coinvolto, ha subito una forte pressione psicologica, tale da non voler accettare l'intervista.

Metodologia: interviste e analisi dei casi

La ricerca sociale utilizza un'ampia varietà di metodi e casistiche tra cui troviamo le cosiddette interviste qualitative, strumento scelto per i nostri obiettivi.

Infatti questo tipo di intervista mira alla raccolta di dati interrogando le persone "in modo da poter accedere alla prospettiva del soggetto studiato: cogliere le sue categorie mentali, le sue interpretazioni, le sue percezioni e i suoi sentimenti, i motivi che lo hanno spinto ad agire in un certo modo." [Corbetta P. La ricerca sociale: metodologie e tecniche. Vol. 3: Le tecniche qualitative. Bologna Il Mulino. 2003]

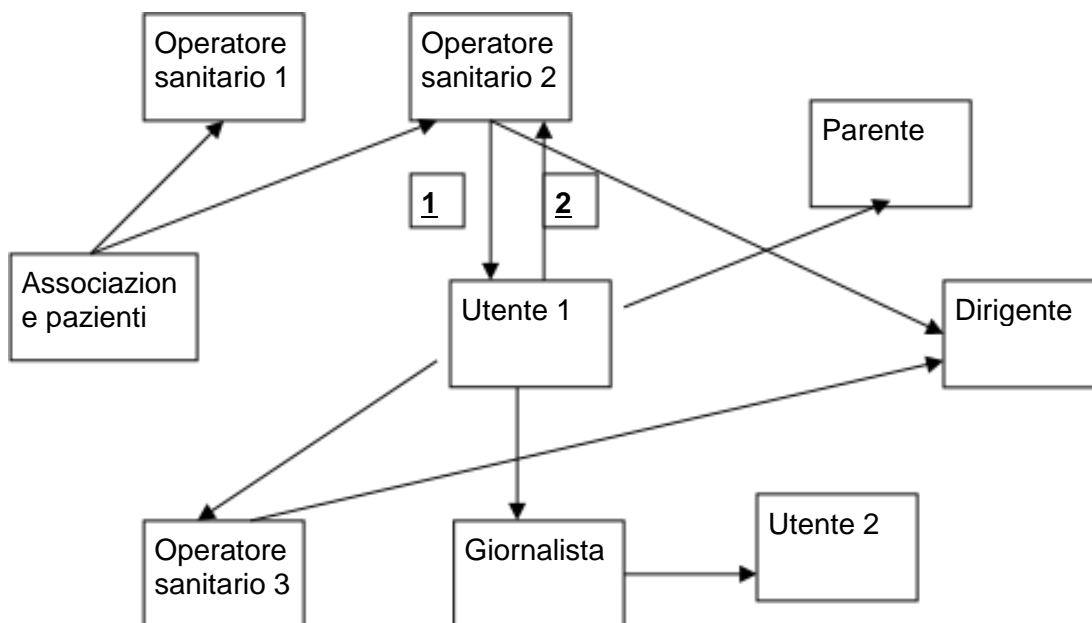
Queste interviste sono pianificate e stabilite allo scopo di valutare una situazione sociale, l'intervistatore sceglie chi intervistare in base alle caratteristiche necessarie per svolgere questo tipo di indagine. L'intervistato deve essere ovviamente d'accordo. Solitamente sono necessarie numerose interviste per poter raggiungere un fine che sia conoscitivo di una particolare realtà e inoltre si deve pensare se avere o no uno schema e a come costruirlo. Nel nostro caso il progetto prevedeva che intervistassimo persone coinvolte in casi selezionati di evento avverso seguiti o no da crisi allo scopo di conoscere l'episodio secondo il loro punto di vista, come ciascuno di loro aveva letto e interpretato le relazioni e i network di comunicazione instauratesi tra gli attori del caso considerato.

L'intervista qualitativa si dimostra appunto lo strumento migliore perché garantisce all'intervistato ampia libertà di esprimersi, seppur guidato in qualche modo

dall'intervistatore. Per impostare il grado di libertà è possibile scegliere tra intervista strutturata, semi strutturata e non-strutturata. Nel primo caso l'intervistatore si occupa di studiare e scrivere le domande da sottoporre identiche per tutti gli intervistati e nello stesso ordine, nell'intervista non-strutturata invece la conversazione è totalmente libera sia nella forma sia nel contenuto, non vi sono vincoli e l'intervistatore agisce ben poco, mettendo sul tavolo solo i temi di cui vorrebbe parlare. L'intervistatore si comporterà come una sorta di moderatore che allontana da divagazioni inutili e spinge verso elementi importanti.

Nel nostro caso abbiamo scelto l'intervista semi strutturata dove all'intervistatore è dato il compito di dirigere la conversazione attraverso una traccia (più o meno rigida) di domande, che tuttavia possono anche modificarsi in corso d'opera, prendere un ordine differente da quello pensato, oppure addirittura arricchirsi durante l'intervista. A ogni intervista quindi le domande possono cambiare, e il tema può prendere sentieri e pieghe differenti, spesso dipendenti dalle risposte stesse dell'intervistato. Nel nostro caso le tracce erano molto fluide, collegate tra loro dai temi della comunicazione, dell'errore, e dal racconto del singolo caso. Inoltre la prima domanda si ripeteva più o meno identica in tutte: "chi ha detto cosa e a chi" che permetteva la ricostruzione dell'evento dal punto di vista di tutti i protagonisti, puntando l'attenzione sulle reti comunicative e relazionali che intercorrevano tra i vari soggetti presi in esame e intervistati. Per poter comprendere appieno queste dinamiche l'intervista è stata quindi somministrata secondo il metodo chiamato "snow-ball, dove gli intervistati si nominano a vicenda fino alla chiusura del cerchio e di tutte le relazioni possibili.

Metodo Snow-ball per nomina successiva: ogni intervistato nomina gli altri protagonisti significativi nella crisi, sino a "saturazione", al fine di stabilire insieme i confini della crisi stessa e le persone da coinvolgere nell'indagine (le frecce indicano la 'nomina' reciproca):



Le interviste sono state analizzate in modo qualitativo, considerando i concetti ricorrenti e valutandone i cambiamenti nella percezione, nelle conseguenze, nella aspettativa tra un attore e l'altro. Questi elementi variano a seconda del caso considerato, ma possiamo comunque già anticipare che si tratta di concetti quali errore, bugia, ambiguità, presa in carico, risarcimento, informazione, fiducia, risoluzione, utilità.

I risultati così ottenuti sono stati restituiti alle Aziende in forme efficaci e interattive, come il Laboratorio di Gestione della crisi di Piacenza, permettendo così la disseminazione di importanti indicazioni sulla gestione della crisi e focalizzando l'attenzione su due livelli: uno più generale di comprensione e lettura della crisi, utile per identificare linee guida preventive, l'altro più concreto di codifica degli aspetti meno adatti a essere inseriti in procedure, ma sui quali agire poi direttamente per adattare, attivare e incrementare le procedure stesse, poiché sono proprio questi gli aspetti presenti nei processi che precedono la genesi di una crisi.

5. I casi: analisi delle interviste

La resilienza: dall'errore alla presa in carico del paziente

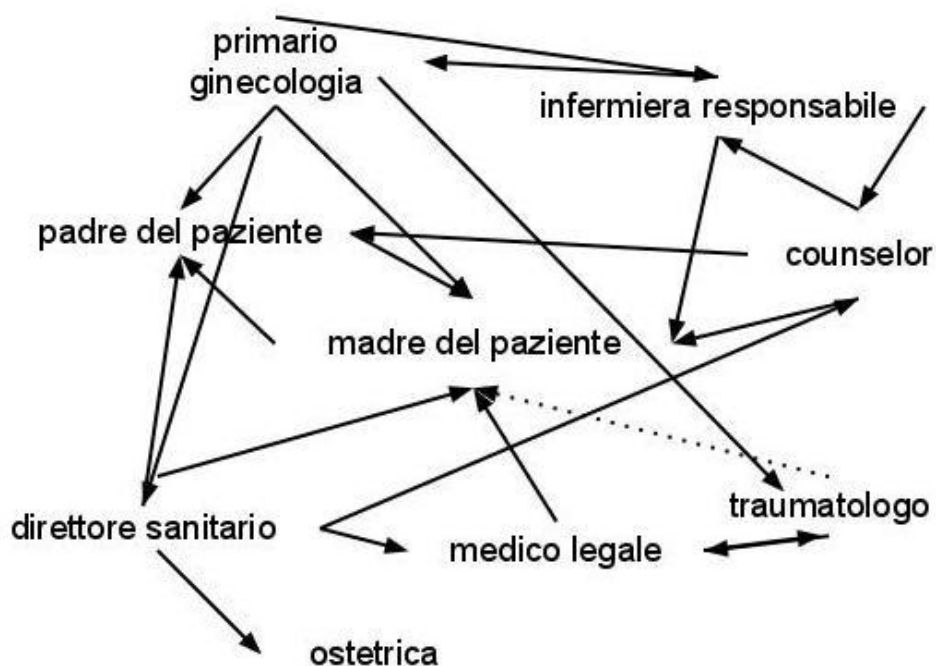
Una coppia non più giovane ha la fortuna di riuscire ad avere il primo figlio, e per motivi e scelte cliniche T. nasce, perfettamente sano, con parto cesareo. La madre è quindi anestetizzata e al risveglio in sala operatoria, ancora un po' intontita, si aspetta che le venga subito portato il figlio, come accade nei parti naturali. In realtà sente voci concitanti e confuse, il bambino non arriva e un'infermiera con gli occhi arrossati le rivolge delicatamente la parola per tranquillizzarla. In quella manciata di ore, le cose sembrano ancora più grandi e la madre pensa al peggio. Non sa cosa sia successo a suo figlio e l'attesa è snervante.

Finalmente arriva il marito insieme al primario di ginecologia ed è lui a darle la notizia. Al bambino, durante il taglio del cordone ombelicale, è stato erroneamente tagliata la prima falange di un dito della mano sinistra. La madre reagisce come meno ci si aspetterebbe: è sollevata. "Sì, le avevo pensate tutte, e invece mio figlio è sano e sta bene." Sono queste le parole di una mamma che desiderava suo figlio più di ogni altra cosa. È in camera da sola, coccolata da tutti i medici che la rassicurano, hanno chiamato il traumatologo, e l'infermiera vorrebbe scusarsi di persona. In più l'ospedale ha risposto tempestivamente alla necessità di un risarcimento.

È questo in estrema sintesi la situazione che andiamo ad analizzare come esempio di resilienza e di crisi evitata. Per tracciare i flussi di comunicazione in modo approfondito abbiamo selezionato gli attori coinvolti e contattati per le interviste: i genitori del bambino, il direttore sanitario, il primario di ginecologia, l'ostetrica, la responsabile del servizio di counseling e infine l'infermiera che ha materialmente tagliato il cordone recidendo la prima falange del dito. Di tutte queste persone solo l'infermiera si è dimostrata restia a parlarci e, ancora sconvolta dall'accaduto, non ha voluto sostenere l'intervista, nonostante le rassicurazioni sugli scopi non giudicanti del progetto in corso.

A ogni intervistato abbiamo chiesto come prima cosa di esporre i fatti secondo la loro memoria indicandoci appunto quali comunicazioni fossero intercorse tra i vari soggetti e come sono state attivate le varie figure. Chi ha detto cosa e a chi. È questo l'input iniziale per costruire i nostri percorsi comunicativi dalle risposte degli intervistati. Dalla ricostruzione comprendiamo meglio come è avvenuto lo scambio di informazioni a partire dal medico che ha parlato prima con il padre del bambino, che a sua volta ha comunicato alla madre ciò che era successo, senza però essere lasciato solo, ma con una figura di supporto accanto

(probabilmente il primario di ginecologia). Dietro le quinte invece scopriamo che sono state attivate subito le figure responsabili: il primario di ginecologia che a sua volta ha coinvolto il direttore sanitario per la gestione della crisi e contemporaneamente il traumatologo per la presa in carico del danno medico e degli aspetti clinici, in un secondo tempo sono stati attivati le figure del counselor e del medico legale per il supporto psicologico e per il risarcimento.



Dall'analisi delle interviste emerge chiaramente un quadro di pronta attivazione di due percorsi distinti, ma paralleli: la conciliazione e il risarcimento da un lato e la presa in carico del problema clinico e psicologico dall'altro. Attivare il traumatologo per una diagnosi e una possibile terapia certa e mirata fin da subito ha permesso ai familiari di sentirsi protetti nell'affrontare il danno e i problemi clinici del neonato, non sono quindi stati abbandonati dalla struttura responsabile, ma guidati nel duplice percorso sia di risarcimento sia di guarigione del paziente. In questo caso è forse la comunicazione con l'operatrice responsabile a mancare, nonostante anche a lei sia stato offerto il sostegno del mediatore. L'infermiera, in accordo con il primario e grazie alle sue inclinazioni, è stata esaudita nel suo desiderio di parlare con la madre del paziente: anche qui la comunicazione non verbale, le lacrime dell'infermiera e il suo stesso proposito di incontrare la madre, hanno contribuito ad abbassare le eventuali tensioni. La parte lesa ha sentito il dispiacere, la sofferenza di chi ha commesso un errore e ha vissuto anche questo tassello nel puzzle comunicativo come una

sorta di presa in carico, di accompagnamento in una situazione difficile in cui l'ospedale e i suoi dipendenti non sono i cosiddetti antagonisti.

Da ultimo, l'esigenza di migliorarsi ha portato la struttura a considerare l'evento avverso come un'opportunità di crescita. Per questo è stata chiamata in causa la responsabile delle ostetriche alla quale è stato affidato il compito di fare ricerche sul taglio del cordone in caso di parto cesareo. Grazie a questo approfondimento è stata sostituita la procedura ed è stata cambiata la strumentazione, scegliendo di usare delle forbici più adatte a questo tipo di taglio.

Dalle interviste si possono leggere anche altri elementi chiave che hanno contribuito ad abbassare la tensione o che più in generale entrano in gioco in casi di evento avverso.

In primo luogo il riconoscimento dell'errore, la capacità di comunicarlo e di assumersi le proprie responsabilità permettono ai familiari (o al paziente) di sentirsi tutelati, in qualche modo capiscono che l'ospedale non nega, non vuole evitare un rimborso giusto, non vuole prendersi gioco del paziente in quanto non esperto.

Int. 1

Intervistatore: *mi racconti un po' di questo processo di mediazione dal suo punto di vista.*

1: *Io ho apprezzato molto il comportamento dei medici e degli infermieri perché non ci sono stati problemi, abbiamo ribadito cose che erano già state correttamente comunicate e recepite dalla signora. Per cui il lavoro grosso l'avevano fatto loro quando avevano affrontato la realtà senza nascondersi, senza trovare scuse.*

I: *Il fatto che la crisi è stata contenuta lo legava alla rapidità di attribuzione della responsabilità?*

1: *Anche a questo e poi all'atteggiamento degli operatori che hanno fatto la loro parte **senza dare l'impressione che si volesse in qualche modo truffare i danneggiati**. Se non ci fosse stata questa partenza corretta sarebbe stato impossibile recuperare dopo.*

Int. 2

È sbagliato giustificare un'azione lesiva con una giustificazione che è poi...dato che siamo nell'era di internet, uno va a vedere e sa benissimo che ciò che gli hai detto non è vero quindi peggiora la situazione.

Il tempo. La velocità con la quale si mette in moto la macchina della gestione della crisi in modo coeso e compatto, per proteggere familiari e paziente è fondamentale per evitare dispersione di energie e forze e per non far sentire paziente e familiari abbandonati.

Int. 3

Noi (direzione) abbiamo già fatto delle cose per cui... l'operatore interessato per quanto sconvolto e disperato per ciò che era accaduto si è presentato e scusato ai genitori del bimbo. Si è assunto la responsabilità, ha riconosciuto questo momento di mal practise. Tutta l'unità operativa aveva parlato con il papà del bimbo e la direzione sanitaria era intervenuta immediatamente. Si era fatto quadrato intorno a queste persone, si era chiamato il consulente traumatologo. C'era stata una reazione immediata intorno a questo piccolino. Il direttore mi ha chiamato, forse potrebbe valere la pena che provasse a sentire queste persone, non lasciarle proprio sole.

Il linguaggio, anche quello non verbale, e quello di persone differenti con sfaccettature che possono rivelarsi ambigue, possono portare a elaborazioni diverse del danno e quindi a un'esplosione della crisi, dove l'evento avverso è visto come un torto.

Int. 2

I: Quindi tutta la struttura deve essere compatta

*2: compatta. Quando succedono questi casi non è che io voglio fare il padrone, però io davanti a tutti lo dico in riunione tutte le mattine, questo caso lo gestisco io, qui dentro in quella camera lì non ci va più dentro nessuno perché è sufficiente che entri uno e dica "ginecologia virgola" e l'altro dice "punto", la paziente drizza le antenne e pensa che ci sia qualcosa sotto. Finito. Se invece uno, non io, ma lo stesso che deve entrare e deve parlare con la paziente, allora sa cosa ha detto. **Non ci possono essere fraintendimenti. Un'unica persona che parli.** In questo caso sono io ovviamente. Ma deve essere compatta la cosa.*

Int. 4

4: L'altro fattore che complica questa cosa è sicuramente il trovarsi davanti persone che dicono cose diverse. E che quindi probabilmente confondono le reazioni di chi vive una situazione negativa. Questo accade spesso. Cose diverse

I: Perché può accadere una cosa del genere. Se l'evento è uno, come si arriva a dire cose diverse?

4: Oppure a dire cose diverse oppure ad avere anche atteggiamenti legati alla mimica facciale che esprimono qualcosa che si vorrebbe dire, ma che è meglio non dire. Frasi troncate, perché magari ti rendi conto che stai andando su un terreno che è meglio non calpestare. Quelle scatenano il dubbio la curiosità di capire di più. E il sospetto che tu abbia subito un torto e non aver vissuto il tuo destino, che possono essere come dire i due tronconi da cui partono reazioni diverse. Di quanto uno accetta quello che capita.

Troviamo anche alcuni accenni, di cui ne riportiamo uno, alla componente caratteriale del paziente e degli operatori, sulla quale non si può agire in alcun modo.

Int. 4

4: alla fortuna no, diciamo che una buona conduzione può essere stata aiutata da caratteri almeno due (mamma e papà) particolari. Non voglio usare il termine persone intelligenti, non è quello in questo caso, forse persone tolleranti verso la vita in genere, quindi senz'altro con la base caratteriale positiva, indipendentemente dalle loro reazioni iniziali di sconforto

Un caso di questo tipo ha innescato aspettative poi fortunatamente disilluse sull'innescare di una crisi da evento avverso. Il motivo per cui questa tensione non c'è stata risiede proprio nella capacità di gestire la crisi.

Int. 4

4: Io sono sincera quando mi hanno avvisato di quello che era successo e mi hanno richiesto di fare questa indagine in cui davo un contributo tecnico, non immaginavo che la cosa andasse a finire così positivamente. ero convinta che la cosa non si chiudesse bene. Che non fosse tanto tollerabile.

I: Perché?

4: Ero dell'idea che con una cosa così palese chiunque affondasse il coltello. Su come viviamo in questi ultimi tempi le cose...per cui ho dedotto che effettivamente anche il primo incontro deve essere stato fatto molto bene.

Questo caso non è stato oggetto delle attenzioni dei mass media e non ha quindi avuto copertura sulla stampa locale. Tuttavia è stato affrontato il tema del loro ruolo come corresponsabili di una immagine "negativa" della medicina.

Int. 2

I: secondo lei la responsabilità è solo dei media?

2: Hanno in mano un potere pazzesco... è sbagliato da parte loro interrogare solo i parenti. Io insisto. È l'errore clamoroso, perché poi tutti sentono la tv, può succedere qualche cosa... e alè... si innesca un meccanismo di insicurezza, sfiducia nell'ambito della medicina. Io ho avuto al policlinico, come direttore generale una persona che gestiva queste situazioni in una maniera fantastica, quando succedeva qualcosa di importante o negativa, lui come direttore sanitario, sa cosa faceva? Convocava la stampa nel giro di mezz'ora...prima voleva sapere cosa fosse successo poi convocava la stampa... la notizia usciva come voleva lui...e il giorno dopo non ne usciva un'altra. Preveniva la notizia.

La medicina non è attualmente solo denigrata dai mass media con il termine "malasanità", ma vi è anche una diffusa percezione della medicina come scienza esatta e carica di aspettative. E in questo contesto la ginecologia si assume il ruolo di specialità critica.

Int. 1

Tutta la classe medica ha lasciato andare la relazione. Da un lato si sono ritenuti una scienza esatta, dall'altro purtroppo hanno avuto delle vicissitudini ... hanno cercato patronati politici come è stato... si sono sputtanati, si sono venduti per il famoso piatto di lenticchie, e questo è difficile da riconvertire. Però io vedo, mi trovo spesso a dover consigliare i miei amici sul cosa fare e vedo il problema per la persona che non fa il medico è capire di chi puoi fidarti per fare le cose. Se vai in tv, leggi il giornale, fai una ricerca su internet non capisci più nulla, vedi tutto e il contrario di tutto, senza nessun filtro scientifico. Se anche si va su un sito validato scientificamente come Medline, non si è in grado di capire.

Int. 4

I. :Ostetricia e ginecologia sono abbastanza prese di mira. Per questo motivo...

4: C'è un'aspettativa che è cambiata, oggi le donne fanno figli a un'età decisamente più matura di un tempo. Scegliendo il momento, magari dopo il percorso di studi, dopo aver trovato il lavoro giusto. Dopo aver incasellato una serie di cose. Quindi lo progetto, generalmente quasi a tavolino o a orologio, cavolo succede qualcosa...può essere? A me? Subentra questo tipo di atteggiamento che fa parte dei tempi che stiamo vivendo, di un aspetto culturale, di un rapporto anche con l'evento naturale che esiste, che esiste, un po' deformato.

Dall'evento avverso in un secondo tempo si passa a una riflessione più profonda per preservare e migliorare il rapporto con l'operatore, il suo lavoro e la pratica clinica. Un'ottica che guarda al futuro e che dall'errore e dalla crisi – se c'è – vuole trarre insegnamento.

Int. 1

I Primo elemento: patto di fiducia con l'operatore. Recupero dell'operatore, recupero della fiducia.

1: è un rapporto corretto operatore-azienda. Non punitivo, non hai sbagliato quindi commissione di disciplina. Ma un rapporto cerchiamo di ragionare insieme. Può succedere di sbagliare, vediamo...abbiamo lavorato insieme con le ostetriche, abbiamo steso una procedura diversa, devono essere in due a tagliare. Abbiamo cambiato le forbici, adesso non so se in realtà continuano a usarle...

E infine dalle interviste abbiamo ricavato un'ottima riflessione sul consenso informato:

Int. 2

Ho un consenso informato che do tuttora...e lì c'è scritto tutto... non l'ho inventato io...dalla situazione internazionale tira giù dei dati che io ho e li ho scritti...quindi vuole il taglio cesareo, non c'è problema ma legga e firmi qui...

Int. 5

I: cosa avrebbe potuto farvi arrabbiare?

5: Il fatto che magari firmi che se succede qualcosa...adesso io non so...perché ti danno dei papiri da firmare...che non stai lì a leggerli tutti, le clausole che ci sono...per cui io non lo so se ho firmato qualcosa...magari potevano dirmi che ho firmato che se succede qualsiasi cosa noi non siamo responsabili...o se dicevano eh sono cose che succedono...allora magari dicevo no, adesso devono pagare.

Int. 1

I: La gente non percepisce la natura empirica della medicina e la scambia per una delle altre scienze dure. Questo, visto dall'interno, è un processo reversibile?

1: il problema è che noi medici spesso a priori rafforziamo questa percezione della medicina come scienza esatta. Prima diciamo che non c'è problema, dopo quando c'è stato un problema diciamo oh perbacco era evidente che poteva esserci il problema. Il famoso consenso informato,

se fosse realmente informativo, se il problema fosse l'informazione e non il consenso probabilmente il livello di conflittualità si abbasserebbe, anche se faremmo meno interventi programmati.

L'analisi delle interviste ci ha quindi permesso di costruire non solo un flusso di relazioni, ma anche la loro gestione. Abbiamo compreso cosa è stato detto e fatto in questo contesto e abbiamo associato alcuni elementi alla mancata esplosione della crisi: la presa in carico del paziente con un rapporto di cura attento, la comunicazione trasparente, il riconoscimento dell'errore e infine il tempismo con il quale sono state messe in moto due strutture differenti come la mediazione e la conciliazione. Abbiamo visto come un'azione o una comunicazione possono essere interpretate diversamente da chi la compie e da chi la subisce o riceve o da chi ne è semplice spettatore. Sviscerando queste diversità di lettura è possibile costruire un percorso astratto e preventivo dell'insorgenza di una crisi. In seguito approfondiremo più in dettaglio questi elementi.

Le interazioni tra professionisti e familiare “empowered”

L'associazione R.14 è fin dalla sua nascita collegata a una malattia genetica rara e a M., o per meglio dire ai suoi genitori, che hanno deciso di fondarla, renderla mondiale e farne una ragione di vita. Le malattie rare, genetiche e quindi croniche che spesso si manifestano nei bambini, si presentano sotto forma di epilessia, problemi comportamentali, neurologici, fisici, di apprendimento. Il quadro clinico è ricco e non bastano le classiche visite mediche o terapie. Per questo tra i genitori e gli specialisti si costruiscono relazioni complesse, i familiari diventano attori protagonisti nonché caregivers, anche appunto attraverso un'associazione. Quando l'errore ha coinvolto proprio M., al quale è stato somministrato un farmaco a dose doppia, la famiglia ha preso in mano la situazione senza tuttavia trasformare l'evento avverso in crisi, ma lasciando che le cose si concludessero prima. Ma andiamo con ordine. Chi soffre di alcune malattie, tra cui quelle rare e croniche, per soddisfare una richiesta di farmaci costante e spesso ben stabilita da piani terapeutici articolati, si rivolge alle farmacie ospedaliere. Si tratta quindi di un canale preferenziale (a distribuzione diretta) dove non è necessaria la classica ricetta o impegnativa, ma basta una prescrizione che consente di acquistare la quantità di farmaci desiderata e corrispondente alla copertura del periodo che intercorre tra due visite. La mamma di M. si è recata quindi in questa farmacia di fiducia, mostrando la prescrizione di un antiepilettico da prendere tre volte al giorno in due dosi diverse: 300 mg + 300 mg + 600 mg la sera. La madre sa bene che può comunque “contrattare” a voce dosaggi a

lei più comodi e per questo ha chiesto che le fossero date tutte confezioni da 300 mg, scegliendo di dare al figlio due compresse per la dose serale, come ha sempre fatto. Le scatole di questo farmaco sono uguali e non si distinguono per dosaggio, il farmacista per errore prende 4 scatole da 300 mg e una da 600 mg. Nel momento di passare le confezioni al lettore ottico, il farmacista non ha tempo, è probabile che ci fosse anche la coda, e per abitudine ne passa solo una, da 300 mg, moltiplicandola per 5, altrimenti, grazie a piani terapeutici registrati, il lettore si sarebbe “accorto” della dose “anomala”.

La madre inizia proprio dalla scatola da 600 mg e così a M. viene somministrata una dose doppia del farmaco, a suo dire, per 5 giorni consecutivi. La madre chiama il medico curante che le suggerisce di sospendere immediatamente il farmaco antiepilettico, e il bambino passa da letargia a crisi epilettiche ripetute, senza però che la situazione raggiunga una condizione grave o pericolosa per M..



Quindi la madre ha poi chiamato direttamente il farmacista, che viene però rintracciato dal padre solo qualche giorno dopo. Il farmacista ammette l'errore consultando il magazzino, ma trova che dal blister (portato dalla madre) mancano solo 3 compresse e mezza e non il numero necessario per coprire i 5 giorni indicati dalla madre.

Da ultimo i genitori decidono di scrivere una lettera di reclamo alla direzione. A seguito di questa lettera verranno coinvolti il risk manager dell'Usl e l'equipe dei farmacisti di cui il direttore dei farmacisti, oltre all'operatore che ha commesso l'errore. La madre ha ricevuto quindi le scuse sia direttamente dall'operatore, per via telefonica, sia attraverso una lettera di risposta formale, scritta dalla direzione dopo aver contattato il dipartimento farmaceutico per conoscere la dinamica dei fatti. Grazie alla segnalazione, che non è sfociata in azioni legali, sono state studiate e prese in considerazione delle procedure per evitare che l'errore si ripeta, ed è stata segnalata al Ministero della Sanità l'identità delle scatole di farmaco a dosi diverse. In più il risk manager si è occupato anche di contattare, anche se a distanza di tempo, la famiglia di M.

Il flusso di informazioni prevede un canale comunicativo diretto tra la parte lesa, nella figura del padre, e il farmacista che ha consegnato la confezione a dosaggio sbagliato, per telefono e in modo del tutto informale, mentre dall'altro lato viene attivato, sempre dai genitori del bambino, un canale formale e codificato, attraverso una lettera alla direzione. Il caso pertanto assume alcune caratteristiche del classico reclamo, con una risposta di scuse ufficiali, ma con la particolarità dei soggetti coinvolti: un medico indisponibile che suggerisce l'interruzione del farmaco (che come vedremo per il risk manager è una scelta sbagliata), un farmacista trasparente, una madre informata e competente.

La madre sa come comportarsi con la malattia del figlio, tanto da aver fondato un'associazione mondiale per il sostegno e la ricerca, conosce quindi il sistema e molti degli attori coinvolti, non vuole agire legalmente, ma mettere a conoscenza dell'errore in modo che non accada più. Anche l'operatore agisce in un doppio senso: attraverso la prima telefonata di scuse, con ammissione dell'errore e l'omissione di un elemento, il numero di pastiglie, che sembrava smentire quanto detto dalla madre, e infine attraverso la stesura della lettera da inviare in direzione.

Sebbene la presa in carico del paziente lesa sia quindi stata considerata dalla struttura, è mancato in questo caso un'attenzione clinico-assistenziale nei confronti del bambino sia a causa dell'indisponibilità del medico sia per il tipo di soluzione proposta, che ha aumentato le crisi. In più la frammentazione in ruoli diversi e aziende diverse, nonché la figura di un medico tracciato come incompatibile con i meccanismi classici della relazione di cura, per certi versi anche un po' arrogante, ha favorito il gap comunicativo tra Usl e azienda ospedaliera, tra farmacisti e medici curanti. In senso positivo invece l'evento è stato invece ampiamente utilizzato dal risk manager insieme al direttore del dipartimento farmaceutico per perfezionare il sistema di distribuzione. Anche se, come vedremo, la famiglia non aveva

intenzione di passare attraverso vie legali, il canale comunicativo diretto con l'operatore che ha commesso l'errore è stato il primo passo per abbassare una tensione che stava raggiungendo livelli critici, fino a una possibile crisi.

Int. 6

Praticamente, lei ha telefonato lamentandosi del fatto che io avevo fatto l'errore. Quando ha telefonato la prima volta io non c'ero, ha telefonato quindi il giorno successivo il marito della signora: ho detto "guardi, sì, non sono andato a controllare il piano terapeutico", gli ho detto "guardi, sì, mi sono sbagliato, probabilmente"; e dice "ma voi non avete dei metodi di riscontro per vedere se..." - in effetti ci sarebbero...

Dopodiché ho detto "guardi..." - perché è stata una conversazione molto molto cordiale, perché avevo ottimi rapporti anche con la mamma del bimbo... poi con il papà ho chiesto scusa, ho detto "guardi, noi di solito... sì, si potrebbe fare così, poi per risparmiare tempo, quando c'è fila, ne prendiamo uno, lo passiamo cinque volte, per cui non ci accorgiamo..."... e lui ha detto "ah sì, sì, eccetera eccetera..."

Int.7

Sicuramente l'ammissione dell'errore. Cioè... anche perché, voglio dire, a livello lavorativo, l'ammissione dell'errore è segnale di estrema maturità e quindi va bene, nel senso che è peggio chi non lo ammette e lo nasconde, e sicuramente suscita in chi ha ricevuto l'offesa maggiore rabbia, perché "oltre il danno, anche la beffa", quindi assolutamente l'ammissione di colpa, tra virgolette, è un risarcimento emotivo fondamentale.

Anche la risposta istituzionale veloce e reattiva ha completato questo quadro favorevole, utile per non innescare una crisi latente ma non voluta, a meno che la famiglia non si fosse sentita inascoltata. La risposta ha soddisfatto le loro richieste e il bisogno di essere considerati.

Int.7

Sicuramente la velocità e la tipologia di risposta, che era poi, voglio dire, la giusta risposta alla modalità con cui noi c'eravamo approcciati, perché la nostra modalità non era aggressiva o offensiva, e quindi la risposta è stata di accoglienza, ed è stata estremamente veloce, cioè "agiremo, cercheremo di capire il perché, cambieremo..."... poi non so quanto sia stato fatto, però è stata veloce ed è stata pro-reattiva: e se non fosse arrivata in quei tempi e con quel tono sicuramente avrebbe causato in noi un estremo fastidio, se non rabbia, e a quel punto

sicuramente... non dico sicuramente, però avrebbe sicuramente incentivato la nostra voglia di rivalsa.

Il farmacista dal canto suo continua a mantenere bassa questa soglia di tensione. E lo fa omettendo una serie di elementi che rimangono confinati all'interno della struttura, tra cui appunto la scoperta del numero di pillole usate. È inutile aggiungere elementi a proprio favore, quando comunque l'errore era stato commesso.

Int. 6

E intanto, il giorno prima – mi sono dimenticato di dire – la mamma aveva portato le compresse, quelle che noi avevamo erogato – e sono io che le ho conservate, gliele faccio vedere... l'unica perplessità che ho è che dai blister delle compresse che lei ha portato, non ha portato la confezione, praticamente mancano le compresse che corrispondono a un giorno più una dose di terapia, non ai quattro giorni come lei aveva detto

[...] Di non esasperare, di non esasperare, perché lei provi a immaginare, è una signora con un grossissimo problema, con questo bambino che io ho visto, che è in condizioni veramente... di non esasperarla più di tanto perché in effetti l'errore, chiamiamolo così, c'era stato, quindi era inutile ormai andare a dire "no, non è vero quello che tu hai detto". Solo per quel motivo lì.

Oltre a questo rapporto diretto, la vicenda come abbiamo già visto, inizia e prosegue con la famiglia solo con uno scambio epistolare formale, mentre all'interno viene data molta importanza all'analisi delle falle del sistema farmaceutico, con il coinvolgimento del risk manager e dei farmacisti. La componente clinica viene considerata solo dal punto di vista della prescrizione e confinata in sordina, senza contattare il medico in questione. La mediazione assistenziale non trova traccia in questo caso di studio.

Int. 8

Io ne sono venuto a conoscenza a seguito di una nota che è arrivata dalla direzione e ci chiedeva un po' di chiarimenti rispetto a quello che era accaduto, cose di cui io non ero assolutamente a conoscenza. Quindi la prima cosa che ho fatto, oltre a preoccuparmi, oggettivamente [...] la prima cosa che ho cercato di fare è cercare di capire cosa era successo, come si erano svolti i fatti, quali erano le persone coinvolte, per farmene... per capire, per capire in primo luogo questa cosa: non per attribuire delle colpe, ma innanzitutto per cercare di capire se il sistema, che è il nostro sistema farmaceutico di distribuzione dei farmaci, poteva aver avuto delle lacune,

potevano esserci stati dei buchi, ci poteva essere stato qualche cosa da migliorare – sono anni che con Pietro portiamo avanti l'attività insieme.

Int. 6

Esatto, perché il direttore ha subito contattato il risk manager e, ripeto, lui è venuto lì, c'erano tutti i colleghi della distribuzione, abbiamo analizzato un pochino l'episodio, com'è andato, come non è andato, e poi lui non so se ne ha tratte delle conclusioni.

La figura del risk manager ha un ruolo interno, senza nessuna competenza nel rapporto con la famiglia, alla quale verranno rivolte delle scuse formali, come da prassi. Il risk manager contatterà poi in seguito la madre per un altro motivo e coglierà l'occasione per comunicarle che grazie alla sua segnalazione sono stati fatti dei passi per il miglioramento del sistema di distribuzione

Int. 9

Sì. Allora, a me era stata passata, per competenza, la segnalazione della famiglia, della mamma, che aveva scritto una mail, mi pare, al direttore sanitario – quindi era un reclamo, sostanzialmente. [...] Ok. Quindi, la tua mossa non è stata di prendere contatti con la famiglia, ma con chi hai preso contatto?

Int. 9: Io ho gestito semplicemente la parte interna all'organizzazione – in quella fase –, per individuare i problemi che c'erano stati. Ho chiamato, quindi, il responsabile direttore di dipartimento...e ho proposto di fare una sorta di incontro con un gruppo di farmacisti.

Int. 9

ma noi diamo sempre una risposta formale a reclami formali, ormai tutta la regione fa questo, si lavora così. E quindi era stata data risposta alla signora... da parte della direzione, una risposta di scuse. E... mi ricordo così... era stata data una risposta di scuse, in cui ci saremmo impegnati a verificare che cosa poteva avere generato questa cosa: una risposta, insomma, non molto dettagliata, però che conteneva già...

Il direttore del dipartimento farmaceutico costruisce invece la sua professione e il suo ruolo in chiave empatica e in un certo senso paternalistica, avendo fatto una precedente gavetta come operatore e avendo capito che la fiducia e un rapporto non punitivo sono utili per migliorare il lavoro e le procedure stesse.

Int. 8

rassicurare eventualmente l'operatore che lavora con me, nel senso che comunque non è che non avrà più la mia fiducia, perché logicamente... è chiaro che l'invito a seguire altri percorsi e processi deve essere fatto, deve essere ripetuto, però, stabilito che la fiducia ce l'ha, anche vedere dal punto di vista organizzativo come andare a migliorare come, tra virgolette, non dico eliminare, ma ridurre questi eventi.

Durante l'analisi di questo episodio, oltre all'assoluta trasparenza del farmacista che ammette l'errore, emergono i possibili fraintendimenti nella interpretazione della prescrizione medica e la mancanza di una regolamentata comunicazione scritta e informatizzata.

Int. 8

Certo. Invece il farmacista molto responsabilmente... Ha avuto un comportamento corretto, trasparente. Abbiamo scritto dicendo quello che era successo e che chiaramente eravamo dispiaciuti, di una mancata informazione e di uno scambio, perché in realtà c'è stato uno scambio, la verità è quella, che purtroppo, come abbiamo potuto dimostrare, le scatole sono molto molto simili, quello che cambia è solo il numero, perché il colore, la grafica è la stessa.

Int. 6

Intervistatore: Se stesse a te riorganizzare e ripensare nei suoi punti di debolezza il vostro servizio, che cosa proporresti? Che possibili migliorie... se ce ne sono, sennò...

F: Mah, sicuramente di far prescrivere meglio, cioè agire anche un po' sugli specialisti, di scrivere dei piani terapeutici molto più chiari, e in più, al limite, su un supporto informatico... e che ci fosse, non so, più tempo da dedicare alla distribuzione... lavorare con più tranquillità anche, no?

Int. 8

Attualmente c'è un'allerta dei farmacisti sul fare in modo che la prescrizione sia la più chiara possibile e che non sia da interpretare... Purtroppo si fa un po' fatica a raggiungere l'obiettivo e io credo che, chiaramente quando succede che uno ha dei dubbi, chiama il medico oppure dice al paziente "questo io non lo approvo, nel dubbio non glielo do", e non si dà il farmaco: nel dubbio non si dà, nel dubbio non si dà, assolutamente

Il rapporto con il medico curante – prescrittore – non sembra favorire un approccio multi disciplinare, nel quale più figure professionali convergono per risolvere un problema.

Piuttosto un rapporto di collaborazione per proteggere chi ha sbagliato. Viene quindi a galla tutta la frammentazione del sistema che include Usl, farmacia e azienda ospedaliera.

Int. 7

Allora, diciamo che no, che io, quando ho telefonato all'ospedale e ho parlato con la dottoressa B. perché in quel periodo mi seguiva lei, ho percepito... prima di tutto mi ha tranquillizzato, mi ha dato, insomma... però ho percepito da parte sua un'eccessiva tutela del collega. Come dire... io di fronte a una cosa così avrei detto "portami il bambino, gli faccio un prelievo, gli faccio, un dosaggio"... è come se...

non volesse...produrre prove: cioè, un dosaggio sarebbe stato una prova. Non so come dire... pur essendo amica, con la B., ci diamo del "tu", però ho avuto l'impressione che mi alzasse come uno schermo: "M., ok, sta male però non è in pericolo di vita, allora manteniamo la nostra posizione, quindi..." e non mi è piaciuto tanto, sinceramente.

...e a maggior ragione non si sono sentiti con le farmacie. Cioè, uno fa una cosa e uno fa l'altra. Non ha dimostrato il minimo interesse a capire com'era successo, perché... assolutamente nessuna domanda, ha assolutamente minimizzato la cosa.

Int. 7

Mah, io penso che la differenza la fanno le persone, siamo sempre lì. Cioè, se lui tratta i colleghi come dei sottosviluppati perché lui è "togo" e non ha mai tempo per ascoltare nessuno perché lui ha un sacco di cose da fare e è l'unico uomo che lavora nel mondo.

La frammentazione viene riportata anche tra medici che lavorano a stretto contatto e che non sanno comunicare tra di loro, non sanno valutare la complessità di un caso in cui convergono più problemi e quindi più specialità.

Int. 7

Allora, anche questo è un errore: è un errore di sottovalutazione ed è un errore di non messa in condivisione, perché se questi due reparti si fossero parlati, forse... e sono a un piano di differenza l'uno dall'altro, e vanno ai congressi insieme e si danno del "tu" e si abbracciano e si baciano i primari...

Dal punto di vista clinico l'apporto del medico curante non solo non ha avuto effetti benefici sul bambino, ma avrebbe anche peggiorato le sue crisi epilettiche. La scelta di sospendere il

farmaco è stata vista, se effettivamente così è avvenuto, come un errore nella gestione clinica, impossibile da indagare e denunciare per motivi relazionali con il medico in questione

Int. 9

Poi ha fatto un'operazione, secondo noi – se è vero quello che ha detto la mamma – molto discutibile, quantomeno secondo noi profondamente sbagliata: il cosiddetto wash out, cioè chiudiamo e lasciamo che esca tutto, la terapia antiepilettica: con una persona che è epilettica è un lavoro da cani, e quasi sicuramente avrà crisi epilettiche. Se è andata così, eh!

Il rapporto problematico e conflittuale con questo medico non si limita alla comunicazione con il paziente o tra colleghi, ma inficia quindi anche la rete di segnalazioni e di incident reporting creata per dare avvio a un sistema nuovo che permetta di agire per tempo prima che subentri la crisi, e di valutare l'errore come opportunità e strumento.

Int. 9

Ci abbiamo messo degli anni perché, fino a sei mesi fa, eravamo a zero segnalazioni, e adesso siamo a molte decine, ma pesanti, tutta roba di sostanza e, torno a dire, mi chiamano e guardiamo insieme... allora, noi siamo in una rete in cui cominciamo a lavorare in questo modo: qua, quello (neuropsichiatra infantile) è fuori rete, quello è l'autorità che si sente messa in discussione e ne mancano di strumenti... [...] I: E invece il neuropsichiatra infantile, con te ha parlato? Non l'ha messo in contatto con voi, non l'ha nominato in quella telefonata?

Non l'ha nominato. Devo dire, noi abbiamo relazioni difficili con questa persona qua. Non riescono ad avere protocolli condivisi perché lui ha detto che non vuole protocolli: e da che parte comincio, con uno così?

Nel contatto tra il risk manager e la madre, previsto per motivi differenti, si è innescato un tentativo di presa in carico più profondo rispetto a quello realmente messo in atto. Sebbene infatti si stesse facendo molto per risolvere il problema, la famiglia era stata ricordiamo "liquidata" con una sola lettera di scuse. La cura clinico-assistenziale è comunque mancata, e solo in questo caso non ha generato crisi.

Int. 9

Questa cosa di aver approfittato di una telefonata di lavoro con la mamma per dirle una cosa mia privata io l'ho fatta anche per questo motivo: per darle la dimensione di come io avevo vissuto il suo reclamo. Io ho voluto farla anche per l'azienda, questa cosa, perché uno lo sa che ha trovato un'altra persona, che si è resa conto di cosa può aver voluto dire un errore così e che ci ha lavorato con delle altre persone che ci hanno creduto. Quindi lei sa che siamo affidabili, anche se sbagliamo, però siamo persone serie che cercano di non sbagliare, che sono consapevoli dei disastri che possono capitare. Io volevo trasmetterle questa cosa qua.

Tra le variabili che giocano un ruolo contro la riduzione dell'errore vi sono sicuramente anche la fretta e il poco tempo da dedicare ai pazienti, elementi che abbassano la qualità del servizio.

Int. 8

Bisogna dedicare il tempo giusto alla persona giusta. E se c'è da spendere qualche parola bisogna spendere anche qualche parola in più. Credo che prima di tutto venga la sicurezza, dopo tutto il resto.

Infine la consapevolezza di avere davanti un "paziente informato", in questo caso per il tipo di patologia del figlio, può contribuire a scegliere i toni migliori con i quali rispondere a precise richieste o lamentele.

Int. 6

Quindi è più qualcosa di burocratico che avviene, no? E il paziente sa tutto: è seguito dallo specialista, sa la terapia che deve prendere, viene lì perché sa, è stato addestrato... viene lì perché guadagna tempo perché non deve fare la ricetta del medico, e fa risparmiare - e anche loro ci tengono, sono molto cinici... perché fa risparmiare, viene lì... sono poche le informazioni che ti chiede, non è come la farmacia aperta al pubblico.

Dal punto di vista degli attori coinvolti e delle loro peculiarità, la figura della madre non è da sottovalutare nelle dinamiche relazionali costruite intorno a questo evento, così come il difficile vissuto di chi deve affrontare una malattia cronica, rara o genetica, che più spesso coinvolge i bambini. La madre riconosce il suo ruolo, la sua capacità di far fronte ai problemi più impensabili, e di mettere in guardia, avvertire, senza però far sfociare la sua rabbia in una crisi. Il patto terapeutico non può essere messo in pericolo, almeno non del tutto, perché è necessario per suo figlio.

Int.9

mi sembra che sia superiore la sensibilità a questi temi nelle famiglie dove c'è un bambino con problemi rilevanti. Poi questa... la mamma si qualificava con nome e cognome, ma era una mamma conosciuta: poi sono andato verificare chi era, era la fondatrice di un'associazione specifica sull'handicap di questo bambino, un'associazione di riferimento mondiale: questi ne hanno fatto un motivo, evidentemente, di esistenza forte, dell'handicap del proprio figlio, e quindi erano... la mail era veramente furiosa.

Int.7

Ho la netta sensazione di essere molto temuta: questo mi dà potere e mi va bene, però penso a tutte le famiglie che invece sono trattate come poveri deficienti – mi scusi il termine – semplicemente perché non hanno casomai le competenze e anche il coraggio, e questo non è giusto.

A tal proposito, uno solo degli operatori chiamati a rispondere al reclamo testimonia che nella lettera non vi era solo, come dice la madre, il desiderio che non si ripettesse, ma la rabbia che fosse successo a suo figlio.

Int.9

Intervistatore: quindi, tu hai ricevuto questa mail: com'era questa mail? A cosa faceva riferimento? C'era lo spettro dell'azione legale?

Int. 9: No. C'era la furia, la furia di "non mi devono succedere queste cose". Non c'era neanche l'interesse che non devono succedere più ad altri, che spesso c'è nei reclami: secondo me era talmente pesante, lo spavento, e la furia per quello che era capitato, che non c'erano neanche dei perché, delle altre cose, "dopo vi denunciemo, dopo...": c'era la furia del "perché mi fate soffrire così".

Int.7

Però di base era un errore umano, quindi abbiamo pensato in quel momento, visto che comunque era finita bene, anziché andare per vie legali, fare insomma cose eclatanti, una lettera che aveva il duplice scopo di informare di quanto era successo ma soprattutto dare un'allerta in modo che... cioè, il nostro obiettivo era quello di "attenzione, è successo un errore, fate in modo che non succeda più"

Il caso, oltre a essere per certi aspetti un esempio di resilienza, di evento avverso che non ha generato crisi, nemmeno mediatica, costruisce un network di rapporti interni alla struttura di cura che andrebbero presi in esame nel momento della stesura di procedure o servizi deputati alla gestione o alla prevenzione stessa di una crisi, e mette in risalto alcuni ingredienti chiave:

- La figura di un medico che non riesce a inserirsi in un contesto organizzato in cui ogni componente deve esercitare il suo ruolo e sottostare a regole
- l'errore nascosto, compiuto dal medico indisponibile e che nessuno ha potuto o ha avuto il coraggio di far uscire, per evitare una crisi
- il lavoro interno svolto dal risk manager,
- l'incident reporting, l'errore come opportunità e risorsa,
- l'avvio di tavole rotonde di discussione e di stesura di eventuali procedure/protocolli
- la collaborazione tra professionisti diversi: medici, farmacisti, esperti del rischio
- la figura del parente/paziente empowered, sempre più diffusa, che interagisce in modo attivo con le figure professionali coinvolte nella cura.

Da ultimo sono state fatte alcune riflessioni sul ruolo mediatico e sulla concezione dell'errore nella società attuale.

Int. 8

Perché oggi non si accetta l'errore, nella nostra mentalità non si accetta che si possa essere anche l'errore e quindi, appena succede qualche cosa, "malasanità, malasanità". Poi sui giornali compare – giustamente devono comparire – delle cose di malasanità, però non si dice mai che a fronte di quanti milioni di prestazioni tutto è andato bene: si dà per scontato; qualche caso di malasanità...

Grazie a questi elementi le aziende ospedaliere possono rendersi conto della complessità delle risposte necessarie per contenere i passaggi del processo che porta alla crisi, che vanno dalla presa in carico clinico-assistenziale alla presa in carico amministrativa, legale, procedurale, con assunzione dell'errore e richiesta di scuse più o meno formali.

La crisi esplode: ambiguità, lungaggini e risarcimento negato

Nel 1997 il paziente entra in ospedale per un intervento di rimozione di una cisti da echinococco localizzata nel fegato. L'intervento procede senza intoppi e complicazioni e A. viene dimesso secondo il regolare iter.

Dodici anni più tardi A. è di nuovo alle prese con l'ospedale: gli fanno degli esami, lo visitano, e gli comunicano che deve essere operato ancora, probabilmente per un'altra cisti simile, anche se non sono così certi che si tratti di quello.

Alla fine dell'operazione A. sta bene e segue anche in questo caso il decorso classico post-operatorio. Tuttavia sembra che ci sia qualcosa di strano: forse non si tratta di una cisti da echinococco, i medici tergiversano aspettando l'esito dell'esame istologico.

Nel corso di una visita successiva ad A. viene solamente detto che si tratta di un corpo estraneo. Nessuna spiegazione dal primario che glielo ha rimosso e che capisce subito, dal referto sibillino, che l'ospedale sceglie la via del silenzio.

Il corpo estraneo era infatti una garza, dimenticata durante l'intervento precedente dodici anni prima. Il primario, pur in disaccordo, si mostra accondiscendente con questo atteggiamento "omertoso", mentre uno degli altri due chirurghi che hanno esportato la garza decide di parlare al paziente senza il consenso della sua struttura: Il primo chirurgo (Int. 12) è stato l'unico a dire in modo informale al paziente che si trattava di una garza e che avrebbe dovuto denunciare l'ospedale.

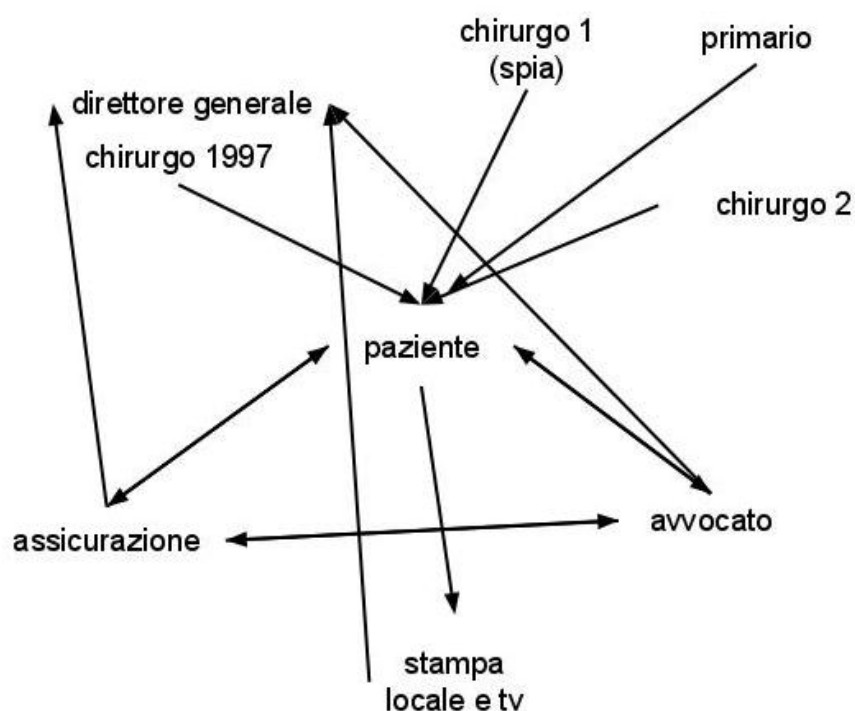
Il secondo chirurgo rimane invece quasi estraneo ai fatti, non si sbilancia, e nemmeno il paziente sembra ricordarsi molto bene di lui.

A questo punto A., senza informazioni adeguate, sfiduciato e con altri referti oscuri per le mani, non può far altro che rivolgersi a un avvocato e far sentire le sue ragioni per ottenere un risarcimento. In questa situazione già complicata si aggiunge un'assicurazione vecchia e non più in uso all'ospedale che non vuole pagare per presunta prescrizione del reato, un ufficio legale dell'ospedale che non risponde alle richieste di risarcimento e infine alcune difficoltà, secondo l'avvocato, a trovare un medico disposto a testimoniare che si trattasse proprio di una garza.

Rischiando di non vedere riconosciuto l'errore e quindi un risarcimento, A. chiama la stampa e denuncia l'accaduto al solo scopo di farsi ascoltare e di smuovere le acque burocratiche. Dalla stampa locale Rai il passo è breve e solo dopo questa apparizione televisiva, l'ufficio legale decide finalmente di rispondere all'avvocato. Quando raggiungo A. per l'intervista, alla fine del

mele di marzo 2011, questi aveva appena sostenuto la visita medica legale della controparte in assicurazione, e il risarcimento sembrava ormai vicino.

Da ultimo, l'informazione finale permette di comprendere la strategia scelta dall'ospedale: il medico che operò A. nel 1997 (che purtroppo non siamo riusciti a intervistare), a oggi ricopre un ruolo importante nel contesto gerarchico ospedaliero.



In questo caso di studio è stato possibile per noi rintracciare tutti quegli elementi che aumentano la tensione al punto tale da favorire l'insorgenza della crisi sia tra paziente e struttura di cura, sia a livello mediatico. Noteremo che alcuni fattori chiave si ripetono quindi in tutti e tre gli episodi, a livelli differenti o con modalità e risultati quindi opposti, permettendoci di considerarli come emblematici e tipici di ogni processo che dall'evento avverso può condurre a crisi. Abbiamo infatti già visto l'importanza della comunicazione diretta e dell'ammissione dell'errore, qui vediamo come questa mancanza di comunicazione tra la struttura e il paziente, se non in via ufficiosa, abbia innescato un desiderio di rivalsa nell'utente.

Int. 10

I: L'errore umano esiste..

A: Sì, esiste. Magalli mi ha chiesto perché non ce l'avessi con i medici che hanno sbagliato ed io ho risposto che è umano sbagliare, ma la mia rabbia arriva dal fatto che non abbiano voluto ammettere di aver sbagliato.

Int. 11

certo, ma abbia pazienza, se uno ha ragione, io ti posso dire "guarda..." cioè se io mi accorgo di aver fatto un errore, ne parlo con i parenti, i pazienti i parenti quello che è... gli spiego i motivi per i quali ho fatto l'errore, cerco in tutte le maniere di risolvere l'errore, di dargli il massimo dell'assistenza poi si... c'è tutto un volto... che comunque lui chieda un risarcimento, ma non deve trovare il medico come una persona che avendo fatto l'errore gli si rivolta contro... è questo che poi fa scattare il massimo della aggressività da parte delle persone. [...]

dire la verità subito e dire le paghiamo i danni... cosa che adesso faranno con pubblicità negativa, notizia sul giornale contro... il... perché, perché poi han fatto marcia indietro? Perché è venuta fuori la cosa sul giornale no?

Int. 13

In realtà in ogni caso se l'errore è immediato va informato perché se non informi e cerchi di tamponare o non tamponare comunque la cosa emerge [...] invece magari si è accorto o gli è sembrato di esser stato preso in giro, la prima cosa che ha cercato o gli è stato messo nell'orecchio la pulce della rivalsa.

Int. 14

I: quindi praticamente si arriva a questo estremo di tensione nel momento in cui l'ospedale non ammette, non riconosce un errore.

M: o non lo ammette o non ammette il nesso di causalità tra l'evento e la cura che è stata prestata.

Il paziente si sente "preso in giro", non capisce alcune cose, non ha risposte ai suoi dubbi. I medici dell'equipe si mostrano ambigui nel citare "corpo estraneo", "birifrangente". La situazione criptica innesca un meccanismo di diffidenza nel paziente.

Int. 10

I: Le hanno detto che per loro era una ciste da Echinococco?

Sì, per loro era una ciste. Dopo 20 giorni in cui ero già a casa dall'intervento mi hanno chiamato dal Centro Trapianti chiedendomi di rientrare, perché dovevano parlarmi. Il professore alla fine mi ha detto che non era una ciste, ma un corpo estraneo. Basta, non ha voluto darmi altre spiegazioni [...]

I: Lei ha chiesto altre spiegazioni?

Ho chiesto cosa fosse un corpo estraneo, ma non mi ha detto niente. Allora mi sono rivolto al mio medico, gli ho mostrato tutte le carte e lui mi ha spiegato cosa fosse un corpo estraneo. Io sono rimasto male, a dire la verità. Quando mi hanno detto che non era una cisti ho pensato subito a qualcosa di male, poi mi ha detto che era un corpo estraneo. La cosa che più mi ha dato da pensare è che mi hanno fatto prendere per un mese degli antibiotici contro una cisti da Echinococco, ma non c'era bisogno...

Int. 11

io gli avevo detto che c'era del materiale estraneo, ma non ho mai usato il termine garza, gli ho detto che c'era del materiale estraneo, residuo probabilmente, di tessuti che erano stati messi a suo tempo per migliorare la coagulazione o di altri tessuti insomma, che può provocare comunque una cosa del genere...

Questa situazione ha avuto origine da un referto istologico definito sibillino e dalla volontà dall'alto di non lasciare trapelare nulla sulla vera natura di questo corpo estraneo e quindi sull'errore che il paziente aveva subito 12 anni prima. Solo uno dei chirurghi difende questo referto.

Int. 11

Quando poi dopo abbiamo avuto l'esame istologico, l'anatomopatologo ci ha dato un... ci ha telefonato dicendo: "guarda che in realtà non è una cisti, ma è una garza che si è incistata". Evidentemente, in questo modo qua, ho guardato chi è che aveva operato il paziente prima, gli anni prima, e ho informato il chirurgo che era responsabile del reparto al tempo in cui l'intervento era stato fatto. Dopodiché ho parlato con l'anatomopatologo il quale ha scritto un'esame istologico un po' sibillino... che poteva essere compreso da chi capiva, ma non era precisamente detto che c'era una garza. Si diceva che c'era materiale vegetale, adesso non mi ricordo esattamente... insomma, vediamo se c'è scritto... ehm... dice che era una parete fibrosa

con aree calcifiche, infiltrati flogistici con cellule multinucleate da corpo estraneo, tale parete delimitava una cavità contenente materiale necrotico inglobante materiale estraneo...costituito da strutture dall'orlo filamentoso. Da un tessuto adiposo muscolare... un modo molto criptico per dire che era una garza e io dissi che era necessario dire al paziente che era una garza, mi consultai con l'azienda e non vollero assolutamente fare questo tipo di passo e per questo motivo fu fatto in questa maniera e dissi che al paziente che era una reazione da corpo estraneo da tessuti che venivano messi per coagulare, perché è vero insomma, sono dei tessuti che vengono usati per migliorare la coagulazione... però non è mai stato usato il termine esplicito "garza". Per cui io a mio tempo mi lamentai con tutti dicendo che per me era sbagliato perché la cosa poteva essere immediatamente risolta chiarendo il problema senza... perché prima o poi qualcuno si sarebbe accorto di quello che era insomma, no?

Int. 12

è stato un referto istologico in cui c'era scritto che all'interno di questa cisti non c'era presente del materiale compatibile con la natura parassitaria della cisti ma del materiale birfrangente, insomma una dizione tecnica...

Int. 13

Sul verbale non c'è scritto garza ma cisti contenente materiale necrotico frammento a fibre birfrangenti come da reazione da corpo estraneo. [...] L'anatomo patologo non può sapere se ci fosse o meno la garza, lui riferisce quello che vede, in base alle notizie cliniche, il clinico che ha operato può trarre le conclusioni.

Int. 10

No, anche il mio avvocato ha confermato che avrebbero dovuto scrivere che il corpo estraneo era una garza. Non ha senso scrivere che si tratta di un materiale birfrangente. Se è una garza si scrive garza.

Il paziente a questo punto ha dubbi anche sul passato, su chi sapeva, non sapeva e non ha parlato. E quindi è "pronto" per proseguire nel processo che lo porterà alla crisi. Inoltre, uno dei chirurghi, oltre al suo medico, si comporta come una sorta di "talpa" e gli rivela che si tratta proprio di una garza, per la quale può sporgere denuncia per ottenere un risarcimento

Int. 10

Secondo me il professore aveva capito che non era una cisti. Però nessuno me lo ha detto e nessuno lo ha ammesso. [...] Anche nel '98, dopo sei mesi dall'intervento, e nella visita di controllo questa cosa si vedeva, ma mi hanno detto che era la cicatrice dell'intervento. A questo punto non so se si sono accorti o no che fosse una garza, potrei anche pensare che se ne siano accorti ma che mi abbiano tenuto nascosto tutto...non so più cosa pensare su questa cosa.

Int. 12

lui si era documentato, aveva un cugino medico, quindi aveva capito benissimo il problema.. quando me l'ha chiesto, gli ho detto "si è compatibile con un materiale estraneo, verosimilmente poteva essere riconducibile a una garza, a una pezza".. lui era molto preoccupato, soprattutto dispiaciuto di aver subito un intervento per una colpa medica e che avrebbe intrapreso le giuste vie legali.. e io assolutamente ho detto "certamente lei ha le sue buone motivazioni, le deve far valere in ambito giuridico, medico e assicurativo"

Int. 10

Tra l'equipe c'era il primo chirurgo (Int. 12), che è stato l'unico a dirmi in realtà che cos'era. Mi chiamava per nome, mi ha detto: "A., questa è una garza, li devi denunciare". È stato l'unico, gli altri non hanno detto nulla.

A. si rivolge all'avvocato e scrive una lettera in direzione, utilizzando lo stesso canale della Madre nel caso della somministrazione errata di farmaci, ma la risposta in questo caso non ha le stesse caratteristiche. Il primario infatti contesta il comportamento dell'ufficio legale nei confronti di A., riferendosi al fatto che l'azienda e l'assicurazione non pagano per caduta in prescrizione (presunta). L'avvocato denuncia un silenzio e un rimbalzo di responsabilità tra Policlinico e assicurazione.

Int. 11

ha fatto una lettera all'azienda, l'azienda siccome è composta da, ha un ufficio legale fatto da portantini, non hanno capito che la cosa migliore era subito prendere la cosa al balzo e non lasciare le cose come stanno, hanno gettato sull'aspetto formale senza capire che il paziente era già stimolato da un avvocato per cui non gli sembrava vero di poter andar sul giornale no?

Int. 14

Io in realtà ho scritto inizialmente sia alla struttura sanitaria, quindi al professore che operò il mio assistito nel 30 marzo 2009, il quale più che celermente, dopo 20 giorni mi ha risposto dicendo di rivolgermi agli affari generali del servizio legale del policlinico. Mi ha scritto il policlinico dicendo che comunque l'assicurazione.. qui, in data 16 Aprile l'assicurazione interessata era... le Generali. [...] Il responsabile del servizio liquidazione danni per responsabilità medica delle Generali di Milano, dice che il delitto del mio assistito era prescritto.. per la precisione: " a tale riguardo le segnaliamo che essendo un fatto dell'Ottobre del 1997, denunciato solo nel 2009, il delitto del signor A. sembrerebbe prescritto ai sensi dell'articolo 2793-94." [...]

c'è stato un silenzio da parte del policlinico, un silenzio assordante. [...]

ci hanno dormito sopra, il policlinico ci ha dormito sopra... me l'ha confermato anche il dottor M.: "avvocato, abbiamo molte pratiche, questa ci è sfuggita".

Il rapporto di fiducia continua a compromettersi a causa di elementi chiave ritrovati anche nei casi precedenti, ma declinati in modo positivo: il rifiuto di risarcimento, i tempi lunghi di attesa (dal 2009 al 2011) e la mancanza di semplici scuse formali, con ammissione dell'errore. Anche nei precedenti casi infatti le "scuse" sono state considerate come un valido risarcimento emotivo, importante in unione a un eventuale risarcimento economico.

Int. 12

perché lui.. no perché purtroppo c'è stato un... credo un... il paziente non è stato visitato dall'ospedale è stata sollevata un'eccezione di tipo tecnico da parte dell'assicurazione nei confronti del medico e del paziente quindi il paziente giustamente si è visto negato un risarcimento che secondo me invece gli spettava.

Int. 11

quando, che sia l'ufficio legale dell'azienda, che sia l'assicurazione, ora questo dettaglio non lo so, ma gli han detto "non hai diritto", quello li ha fatto la cosa che farebbe chiunque è andato sul giornale e ha detto "guardate, mi han lasciato una garza in pancia", cosa farebbe lei?

Int. 10

Nessuno del Policlinico mi ha chiamato per dirmi che c'era stato un errore. Se lo avessero fatto forse non sarei arrivato a questo punto, dico "forse" perché non posso saperlo con certezza, ma nessuno si è scusato con me per questo o mi ha chiamato dicendomi di andare là per capire come fossero andate le cose. [...] Sì, chiaro, qui nessuno mi ha detto niente, nessuno si è scusato...anzi, quasi mi sembra di ricevere rimproveri. Anche adesso, dopo il secondo intervento, sia il Policlinico che l'assicurazione mi fanno sentire come se fosse colpa mia che ho avuto questa garza nel corpo per 12 anni.

[...] No, noi siamo in ballo con mio avvocato dal 23 marzo 2009. Sono già 2 anni che siamo in ballo perché dal Policlinico e dall'assicurazione non avevamo nessuna risposta.

La crisi diventa, per scelta strategica del paziente, mediatica: è l'unico modo che conosce per farsi ascoltare dopo 2 anni.

Int. 14

A seguito della pubblicazione sulla gazzetta di Modena e il Resto del Carlino mi ha chiamato l'ufficio legale del policlinico... nella persona del dottor M., dicendo che comunque era interesse del policlinico cercare di risolvere la questione in un modo o nell'altro

Int. 10

Dopo la trasmissione su Rai Due, sia il Policlinico che l'assicurazione del Policlinico hanno subito chiamato per stabilire i danni che mi hanno provocato. [..]

Ha funzionato molto. Sono contento dei giornali e della televisione, a questo punto, Mi spiace solo pensare che una persona, per far valere il proprio diritto, si debba rivolgere ai media. Questo è ciò che mi dispiace dell'Italia.

Nell'intervista nascono alcune considerazioni sulla solidità del patto terapeutico per il futuro, che per il paziente non è compromesso. Non avrebbe problemi a farsi curare di nuovo nella stessa struttura, ma avrebbe invece difficoltà – a causa del suo utilizzo della stampa – a trovare qualcuno che lo operi. Il patto di fiducia sembra essersi incrinato dalla parte opposta. I medici temono cause e ritorsioni legali o mediatiche.

Int. 10

Qualcuno mi ha detto di non rivolgermi più al Policlinico se ho bisogno di assistenza, per quello che è successo. Tra i giornali e il resto adesso mi hanno sconsigliato di venire al Policlinico. Spero di non averne bisogno ma ci verrei perché non ho paura. È una struttura pubblica, pago le tasse quindi è mio diritto venirci, se ne ho bisogno. Secondo me...

[...]

Io ho fatto una ecografia un mese fa, mi hanno trovato ancora un'altra ciste. Non ho tempo per approfondire adesso. Il medico che mi ha fatto l'ecografia mi ha detto che non è sicuro se si tratti di una sacca liquida di 1 centimetro, che potrebbe essere rimasta dopo il secondo intervento, e ha aggiunto: "Adesso Sig. il problema è trovare un medico in questa città che sia disponibile ad operarla di nuovo".

Si è inoltre cercato di approfondire l'onesta mediatica utilizzata, se vi fossero state delle esagerazioni, e quali considerazioni rientrano nell'immaginario o negli stereotipi degli operatori.

Int. 10

Hanno scritto quello che ho raccontato io. Qualcuno mi aveva suggerito anche di esagerare dicendo che ero rimasto senza lavoro. Io ora ho perso il lavoro. Ora non so se la cosa sia davvero legata al mio problema o l'azienda avrebbe chiuso comunque, sta di fatto che il giorno della mia operazione a mia moglie hanno detto che l'azienda chiudeva, e nel giro di un mese ci siamo trovati senza lavoro entrambi, e tutti e due con il mutuo.

Int. 12

credo sia stato esasperato, come sempre accade, dalla burocrazia che segue tutti questi eventi.. cioè lui aveva ragione, ha ragione da venderne, è stato sottoposto a intervento inutile... rischioso e non è stato in qualche modo risarcito... di fronte all'ingiustizia, credo che uno possa anche alzare la voce e utilizzare i media in questo caso per...

I quindi secondo lei è un atteggiamento corretto attrarre i media?

assolutamente sì. Se uno ha ragione da vendere sì.

nei casi di malasanità purtroppo che sentiamo al telegiornale sicuramente sono una punta di un iceberg di colpe più o meno gravi che avvengono quotidianamente all'interno di un'unità operativa o di un ospedale

Int. 13

Sappiamo che la stampa va a nozze quando ci sono eventi di questo tipo, magari prima strombazzava l'evento prima di conoscere i fatti. Quanti ce ne sono di fatti così secondo me che passano per sconosciuti e si risolvono nel patteggiamento tra paziente e azienda. Ce ne sono tantissimi credo. [...] La stampa sicuramente talvolta esagerano, non per difendere la categoria. Talvolta ciò sono notizie frutto di disinformazione del giornalista. Nel campo dei trapianti per esempio si sente la notizia "si risveglia dal coma dopo 20 anni mentre i chirurghi stanno deprestando i suoi organi", è già successo, sono delle panzane

Int. 11

avendo la certezza della ragione, uno va lì, poi i giornali vanno a nozze con queste cose qua no? Quindi è evidente che questo, cioè... si poteva risolvere il problema banalmente... siccome c'era stato poco tempo prima un altro evento simile, che è il primo che mi capitava da quando ero qua con un altro collega che aveva lasciato una garza dentro, in quel caso si decise di... con procedura, diciamo sempre una verità.... quando succede una cosa del genere è inutile far finta di niente

Int. 14

nel senso che io non sono contrario all'utilizzo del mezzo stampa quando serve per tutelare un cittadino [...] no in realtà non lo ritengo utile. Lo ritengo uno strumento alternativo quando la giustizia latita, questo sì.

L'equipe che si è occupata del secondo intervento di A., ha una consapevolezza precisa dei passaggi di comunicazione da compiere in caso di errore. Dopo che Il Professore ha segnalato la presenza della garza al capo dipartimento e medico responsabile del primo intervento, ha dovuto sottostare alla decisione di insabbiare il caso omettendo l'informazione al paziente.

Mentre Uno dei chirurghi agisce da solo, con una sua iniziativa personale di trasparenza, Il secondo chirurgo (Int. 13) invece non sembra essere a conoscenza della decisione presa dall'alto, ma dimostra un'ottima padronanza del tema del rischio e un approccio che prevede una forte componente comunicativa.

Int. 13

La mancata comunicazione è un elemento scatenante importante. Il paziente deve essere ben informato. [...] Secondo me la prima persona da contattare dopo aver ricevuto una certezza

diagnostica era il paziente. "Sig. A., l'istologico che abbiamo in mano non depone per una cisti da echinococco ma per un corpo estraneo. Ora, è possibile che questo corpo estraneo sia stata una garza. [...] In realtà in ogni caso se l'errore è immediato va informato perché se non informi e cerchi di tamponare o non tamponare comunque la cosa emerge. [...]"

Infatti adesso nell'azienda, almeno già da un po', si lavora da alcuni anni, si punta molto sulla sorveglianza degli eventi avversi e sul report degli avventi avversi.

Int. 11

Per cui io a mio tempo mi lamentai con tutti dicendo che per me era sbagliato perché la cosa poteva essere immediatamente risolta chiarendo il problema senza... perché prima o poi qualcuno si sarebbe accorto di quello che era insomma, no?

[...]

Ma quando uno dice: "guarda che gli eventi son avvenuti in questa maniera" e l'operatore ritiene di non avere la responsabilità penale negli eventi è evidente che dovrebbe essere informato il paziente, no? Invece a noi viene detto di non parlare in nessuna maniera col paziente. Normalmente ci viene intimato di non avere nessun contatto con... persone coinvolte nell'aspetto legale del problema.

Int. 12

L'errore? Sì sì, certo. Dire che sono io la causa dell'errore è più difficile, però in qualche modo dire al paziente "c'è stato quest'errore", "possiamo fare questa terapia per migliorarlo" oppure "dobbiamo tornare in sala operatoria per sistemare questo evento...", sì, la comunicazione è essenziale, perché se no non... c'è un rapporto di fiducia tra medico e paziente che non può mai mancare, se no non si fiderebbe mai il paziente delle scelte...

In secondo piano troviamo anche il corporativismo e l'omertà professionale nel riconoscere e mettere per iscritto che si trattasse di una garza, in modo ufficiale. Questo crea non pochi problemi alla risoluzione del caso e all'avvio delle pratiche per il risarcimento.

Int. 14

Me l'ha detto a voce: "non mi chiedo di metterlo nero su bianco perché non glielo metterò mai, se vuole una certificazione di questo tipo vada fuori". Io ho telefonato a un neuropatologo di Genova. [...] c'è una sorta di corporativismo all'interno del.. ma non solo forse all'interno della struttura medica, parlo anche degli avvocati, parlo in generale per quasi tutti i professionisti...

purtroppo anche in presenza di responsabilità acclarate, probabilmente indifendibili, spesso non ci si mette contro il collega che un domani potrebbe essere dalla tua parte.. ecco.. questa è la mia opinione... in questo caso ho avuto la fortuna di aver trovato professionisti seri che hanno fortunatamente assolto al compito, ovvero han detto di ciò che si trattava, ecco.

L'avvocato rivela un errore ancora più profondo: secondo lui i è stato volutamente omesso che si trattasse di una garza nei referto precedente all'esame istologico. A questo livello esistono delle incongruenze: l'esito istologico non parlava di cisti da echinococco, era ambiguo e sibillino, ma di per sé non si trattava di un errore. Mentre sia l'avvocato sia A. si sono focalizzati molto anche sugli esami che in teoria sono stati eseguiti prima dell'intervento e dai quali si sarebbe già potuta vedere la natura della garza.

I tre chirurghi intervistati invece dicono di non averlo capito prima.

Int. 14

alla seconda operazione non possono scrivermi che si tratta di una cisti epatica quando in realtà era una garza.. quindi... è più responsabile chi ha certificato la seconda operazione rispetto a chi inizialmente ha dimenticato una garza [...] mi è stato detto.. non sono un medico... mi è stato detto che una ciste è qualcosa di corposo, compatto e magari anche scuro... questa ha una natura quadrata, di un colore giallastro... è una cosa che è abbastanza visibile anche a un occhio non esperto forse.

[...] reparto chirurgico del policlinico nel referto dopo ovviamente aver tolto il corpo estraneo dice "cisti da echinococco del lobo epatico destro" quindi dice che è una ciste, non una garza. Il referto dice che c'è una ciste.

Int. 10

Alcuni medici che mi hanno fatto l'ecografia mi hanno detto che si doveva vedere anche all'ecografia e alla tac che non era una ciste, si doveva già capire.

Int. 11

no, noi abbiamo tolto il pezzo ritenendo fosse una recidiva di una cisti da echinococco. perché noi non ci siamo resi conto all'atto dell'intervento che era un qualcosa... ci rendevamo solo conto che era molto aderente, più del solito. Non abbiamo fatto caso alla cosa...

E infine rimane la sensazione di un contesto in cui la pressione sui medici è forte, alcune strutture rispondono in modo inadeguato alle richieste oppure rimandano all'assicurazione e

tutto è avvolto da un concetto di medicina diverso, con pazienti sempre più consapevoli sui loro diritti e professionisti che si inseriscono favorendo questo quadro.

Int. 14

Però la risposta è stata la stessa alla fine: "noi non diciamo niente come policlinico o come struttura sanitaria, rivolgetevi all'assicurazione ci penserà lei". Io credo che una presa di posizione talvolta nelle strutture sanitarie – in senso positivo dico – potrebbe avvantaggiare una soluzione del problema.

Int. 11

Uno dei problemi per esempio più frequenti è quello del paziente che ha una botta in testa, va al pronto soccorso, il medico lo guarda e dice "mah non c'è niente, vai a casa", il giorno dopo il paziente muore per emorragia cerebrale. Il medico si deve fare un'idea dell'entità della botta, per cui guarda come è la botta, si fa descrivere come è avvenuta; se si fa l'idea che tutto sommato non è nulla di particolare fa le mille raccomandazioni: "se hai mal di testa, sonnolenza, vomito, se hai quello e quell'altro mi raccomando torna subito indietro." Succede qualche volta che o non è fatto correttamente, o fatto pur correttamente l'evento può capitare lo stesso, in quel caso un eventuale giudice dice: perché non ha fatto la TAC? Il medico ha poche possibilità di difesa, perché dice: "eh, non l'ho fatta perché non mi sembrava il caso" e dice ma, una botta in testa, lei vede sul giornale c'è scritto: non gli hanno fatto neanche la Tac. Qual è il risultato? Che la maggior parte dei pazienti che ora sfiorano qualcosa con la testa, fanno la Tac cerebrale. Non perché serve, ma perché potrebbe servire di fronte al giudice, cioè quella che si chiama la medicina difensiva.

la malasana, viene definita tale quando è il comportamento che è sbagliato nei confronti delle persone... perché c'è disinteresse, c'è... viene buttato via, non vengono dette le cose, non c'è la cura nel far capire alle persone quel che è successo, poi dopo insomma è successo... sbaglio... [...] Poi c'è tutto l'altro aspetto che sicuramente c'è, che oggi si ritiene che la medicina e in particolare la chirurgia sia in grado di far tutto. Per cui molte volte può succedere che c'è la delusione nei confronti delle aspettative che ci si era posti.

Int. 13

L'attività che facciamo noi è rischiosa, complessa, ci espone sicuramente anche ad eventi medico-legali, facciamo una chirurgia estremamente articolata, però la principale garanzia per

on incappare in queste problematiche è applicare procedure qualificate e condivise da tutti, cioè le cose vanno fatte allo stesso modo sia che le faccia io sia che le faccia l'ultimo assunto, perché è codificato. Poi l'informazione al paziente. Poi se accade un evento fortuito perché la procedura non ha considerato quella fattispecie bene, è il momento di rivedere la procedura. È il momento di cambiare e aggiornare le linee guida.

In questo caso le relazioni importanti si sono consumate su più livelli: all'interno della struttura, tra la struttura – ma solo a livello di ufficio legale e solo dopo l'intervento della stampa – e l'esterno nelle figure di avvocato e media, tra il paziente e i media. Il Policlinico non ha saputo costruire una relazione proficua con il paziente (attraverso il suo avvocato), e questa incapacità di ascoltare e dare una risposta ha portato la crisi al suo massimo apice e boom mediatico. L'azienda ospedaliera delega il compito difficile all'assicurazione, che ormai non è nemmeno più la stessa del 1997. L'assicurazione peggiora la situazione già tesa.

All'interno nessuno degli operatori si mostra d'accordo con l'omertà della struttura e la scelta “strategica” di non parlare, ma purtroppo accettano questa situazione. Anche qui, come nel caso precedente, compare la figura di un medico prepotente, burbero, che il paziente descrive come poco incline alla comunicazione:

A dire la verità nel '97 chi mi ha operato è stato molto sgarbato, soprattutto quando gli ho chiesto informazioni sulla ciste si è messo addirittura ad urlare.

Abbiamo però anche un medico compiacente, giovane, che è chiaro e trasparente, ma all'interno di un contesto quasi privato tra lui e il paziente, senza preoccuparsi della struttura nella quale lavora, e quindi, sebbene nel giusto, contribuendo forse in parte ad aumentare la tensione. Il silenzio dell'ufficio legale, la scelta del medico che operò il paziente, la scelta di lasciar fare all'assicurazione, sono tutti eventi che contribuiscono alla creazione di un muro tra il Policlinico e il paziente (o l'avvocato). In quel momento per crearsi uno spiraglio è necessario colpire, con i mezzi di informazione, il punto debole di qualsiasi azienda: l'immagine pubblica.

Tutti questi elementi relazionali e comunicativi sono stati estrapolati e messi sul tavolo per essere presi in considerazione nella stesura di linee guida e procedure. Sono quindi stati restituiti alle Usl e alle aziende ospedaliere coinvolte attraverso un Laboratorio di gestione della crisi, nel quale c'è stata sia una lettura delle dinamiche di comunicazione nella crisi da evento avverso, sia una rielaborazione successiva, e infine uno sguardo su alcuni strumenti utili per “allenarsi” a comunicare allo scopo di allentare tensioni, ed evitare nuovi conflitti.

6. Prevenire la crisi

Analisi approfondita della resilienza

Risultati presentati al 6° Forum Risk Management in Sanità – Novembre 2010

La resilienza comunicativa e la mancata esplosione della crisi e delle sue conseguenze in danno di immagine e rottura del rapporto di fiducia tra paziente e struttura possiedono degli elementi chiave utili – una volta astratti e decontestualizzati – da riproporre sotto forma di strumenti di prevenzione di qualsiasi crisi potenziale dovuta a evento avverso.

La resilienza caratterizza in modo diverso sia il caso della falange recisa, sia quello della somministrazione scorretta di farmaci, nei modi che abbiamo già analizzato.

Attraverso le parole e l'osservazione soggettiva dei protagonisti abbiamo stabilito quali siano gli elementi trasversali ai due casi che hanno favorito una evoluzione del processo che dall'evento avverso non ha portato alla crisi.

In primo luogo abbiamo visto che l'ammissione della colpa e il riconoscimento dell'errore sono il primo passo che permette un abbassamento del livello di tensione causato dall'evento avverso. Nelle parole delle due madri che abbiamo intervistato emerge in modo chiaro come la presa di coscienza della responsabilità e l'avvio di un processo risarcitorio equo e giusto siano state fondamentali per abbassare il primo livello di eventuale tensione dopo aver subito il danno.

Int. 5

L'ospedale si è preso subito le sue colpe, non ha detto eh sono cose che succedono, ha preso le sue colpe e ha detto che saremmo stati risarciti. Buttare in ballo una cosa... poi abbiamo sentito un avvocato. Se loro dicono di fare quello che va fatto non conviene accanirsi per qualcosa in più che magari finisce in spese, avvocati, procedure... Io non ne avevo il tempo ne la voglia. Anche avere soldi in tasca. Logico che dovevano pagare per il danno che c'è stato...però da volere di più. Abbiamo fatto controllare anche noi da un medico legale pagato da noi...per vedere se il risarcimento fosse giusto...lui ha detto che andava bene, anche l'avvocato ha detto che era giusto, nelle leggi. Il risarcimento era giusto.

Int. 7

Sicuramente l'ammissione dell'errore. Cioè... anche perché, voglio dire, a livello lavorativo, l'ammissione dell'errore è segnale di estrema maturità e quindi va bene, nel senso che è peggio chi non lo ammette e lo nasconde, e sicuramente suscita in chi ha ricevuto l'offesa maggiore rabbia, perché "oltre il danno, anche la beffa", quindi assolutamente l'ammissione di colpa, tra virgolette, è un risarcimento emotivo fondamentale.

Anche l'apertura e la percorribilità di un canale comunicativo diretto tra l'operatore che ha materialmente commesso l'errore e l'utente ha favorito un'immagine positiva nella percezione della intervistata 5, così come la madre del caso numero 2 si è dimostrata incline a relazionarsi direttamente con il farmacista e il responsabile della gestione del rischio dell'azienda Usl.

Int. 5

Se l'infermiera non si fosse fatta vedere...sarebbe stato uguale...?

No, ho apprezzato che sia venuta. L'avrei visto come menefreghista. Si è fatta coraggio perché mettersi nei suoi panni non deve essere stato molto bello, cioè, nel senso che non sai con che faccia affrontare...però ho apprezzato. Se non fosse venuta, l'avrei visto più come un gesto menefreghismo.

Int. 7

Quindi abbiamo... per iscritto siamo andati in direzione, ma verbalmente poi ci siamo confrontati anche col dottor G. e poi con il risk manager, ci ha cercato lui perché io non lo conoscevo. E però, le dico, questo non toglie il fatto che assolutamente c'è un'estrema disponibilità, che resta, insomma... a volte, come dire, porto pazienza io, a volte diventano più flessibili loro

Dopo aver subito un danno, che ha quindi con ogni probabilità generato nuovi malesseri, peggiorato condizioni preesistenti, prolungando il patto di cura, si rende necessaria una conferma esplicita, diretta e anche più attenta, di presa in carico successiva al danno creato. In questi casi infatti non viene danneggiato o minacciato il patto terapeutico instauratosi con l'istituzione, ma – sebbene all'interno di un contesto di responsabilità ed errore – trova una nuova contrattazione.

Int. 7

Una risposta che abbia una ricerca dietro, non una risposta “guarda, mi sei tanto simpatica...” che poi non te ne frega niente, una risposta che sia profonda, che vada a cogliere il bisogno e si attivi, e metta in campo tutte quelle cose che si possono mettere in campo per dare una risposta definitiva.

[...] Allora, diciamo che quando ho telefonato all’ospedale e ho parlato con la dottoressa B., perché in quel periodo mi seguiva lei e non più il neuropsichiatra infantile precedente, ho percepito... prima di tutto mi ha tranquillizzato, mi ha dato, insomma... però ho percepito da parte sua un’eccessiva tutela del collega. Come dire... io di fronte a una cosa così avrei detto “portami il bambino, gli faccio un prelievo, gli faccio, un dosaggio”

Int. 5

Io potevo fare entrare in stanza chi volevo, non c’erano orari per me...non so se per quel motivo lì...ero un po’ più coccolata delle altre, forse lo fanno per farti sentire meno la tensione, le preoccupazioni per il bambino, per farti sentire più tranquilla possibile...perché già dopo il parto sei più sensibile, poi se ti succede qualcosa.

Abbiamo inoltre visto ruotare attorno a queste due madri personale sanitario non medico in grado di assumere un ruolo da protagonista nell’instaurare una relazione anche intima, una via più definita come mediazione nel primo caso, e una via diretta con il farmacista e con il risk manager nel secondo.

Nell’attivazione di tutte queste riposte si è dimostrata fondamentale la velocità con la quale ciascuna organizzazione si è presa in carico il problema da gestire.

Int. 7

E quindi dopo direi che la reazione è stata molto pronta, nel senso che la direzione ci ha risposto, si è attivato il risk manager, ci hanno chiamato e si sono scusati, ma non era tanto questo, nel senso che non è che volessimo delle scuse, cioè le scuse casomai le avremmo volute in altre situazioni, ma in altri contesti sanitari, non in quello, sinceramente: a noi interessava che ci fosse un cambiamento nelle procedure.

Int. 5

magari non farmi aspettare così tanto ma non subito subito. Magari hanno aspettato per sentire prima l’ortopedico, dopo la fasciatura e la medicazione...hanno aspettato per quello mi hanno detto. Forse dirmi una cosa non certa non precisa...forse hanno detto aspettiamo...

E infine nel primo caso è stata ben vista la capacità da parte della dirigenza localizzata di considerare quel caso come occasione di crescita e di miglioramento, e non come questione di errore singolo e isolato. In questo caso è stata infatti portata avanti un'analisi delle procedure con conseguenti modifiche sia nell'esecuzione del taglio sia delle forbici utilizzate. Nel caso della dose di farmaci invece è stata proprio la parte lesa a richiedere che l'Usl e la farmacia ospedaliera facessero delle riflessioni sul sistema di erogazione dei farmaci per malattie croniche (e rare in questo caso), osservando il procedimento nella sua completezza e ottenendo, come previsto, che scatole con diversi dosaggi dello stesso farmaco fossero differenti.

In conclusione possiamo affermare che esistono alcuni elementi trasversali ai casi, in futuro oggetto di studio e rielaborazione dai parte degli addetti all'unità di crisi, che hanno favorito l'evoluzione benigna della crisi.

- L'apertura e la percorribilità di un canale comunicativo diretto tra l'operatore che ha materialmente commesso l'errore e l'utente.
- L'esplicita e veloce conferma di presa in carico successiva al danno creato (il patto terapeutico ingaggiato con l'istituzione non viene minacciato, non evapora con l'errore ma trova nuova contrattazione).
- Il protagonismo di personale sanitario non medico
- La velocità di risposta dell'organizzazione
- L'assunzione esplicita della dirigenza localizzata (livello dipartimento ecc.) di considerare quel caso come occasione di crescita e non come questione di errore singolo e isolato
- L'ambito specialistico più o meno aperto alla cultura della medicina come "pratica empirica centrata sul tentativo".

7. Un laboratorio per le aziende

La restituzione dei risultati

A conclusione di questo progetto l'azienda ospedaliera di Piacenza ha avuto l'idea di ospitare un corso che coinvolgesse tutte le figure professionali che si occupano di gestione della crisi all'interno delle diverse Usl o aziende ospedaliere partecipanti. Il corso è stato organizzato in collaborazione con l'agenzia sanitaria RER e con l'UO Sissa.

Sulla base dei dati qualitativi raccolti attraverso le interviste, Vincenza Pellegrino e io abbiamo strutturato un laboratorio in cui i partecipanti potessero lavorare sulla crisi, e non limitarsi ad assorbire gli elementi chiave accettandoli senza discussione. Per questo si è pensato di considerare la dimensione del "gioco" e di utilizzare le giornate a disposizione per

- imparare a leggere la crisi attraverso una de-costruzione e conseguente ricostruzione dei casi di studio
- assimilare gli elementi chiave
- essere in grado di ritrovarli in altre situazioni
- capire come renderli leggibili per tutti
- capire come rapportarsi con i media e leggere la crisi attraverso i media
- rivedere le procedure
- elaborarne di nuove alla luce delle precedenti letture

La prima giornata è stata quindi dedicata a un gioco "di ruolo", nel quale i partecipanti hanno ascoltato i casi di studio nelle loro reti principali, hanno stabilito dei nomi per i protagonisti e infine rappresentato e ricreato le dinamiche relazionali e di comunicazione. I personaggi hanno quindi preso vita, e ciascun partecipante aveva il compito di capire e restituire la relazione di cura vista dal proprio personaggio. Infine ogni gruppo al quale era affidato un caso di studio ha avuto il compito di rileggere i processi comunicativi individuando gli elementi negativi/positivi e le possibili attività migliorative.

A conclusione è stato utilizzato un video emblematico di una puntata di ER, nel quale si è cercato insieme di rintracciare tutti gli elementi chiave visti e analizzati nel corso del gioco.

La seconda giornata ha ospitato l'intervento del Presidente dell'Ordine dei Giornalisti dell'Emilia Romagna, e infine la simulazione di interviste attraverso la tecnica del media training.

Durante il pomeriggio sono state riviste le procedure ed elaborate delle varianti tenendo conto di quanto appreso attraverso i casi di studio. Infine i risultati sono stati condivisi con i referenti dell'agenzia sanitaria.

Il gioco di ruolo

La sessione laboratoriale si è aperta con la volontà di far capire come leggere la crisi per individuare gli elementi emblematici che giocano un ruolo fondamentale nell'innescare e nella gestione della crisi stessa. Per farlo sono stati raccontati i tre casi partendo dalle relazioni e dalla sequenza degli eventi desunta dal lavoro di analisi delle interviste. Da questo scheletro di partenza i partecipanti sono stati chiamati a giocare e a manipolare i personaggi, attribuendo loro un nome che ne raccogliesse la caratteristica principale, a costruire una scena che ne evidenziasse gli elementi positivi e negativi.

In questo modo sono stati sviscerati i nodi: il fatto per esempio che i discenti definissero "talpa" il medico che ha spifferato la realtà della garza nel terzo caso e lo connotassero negativamente, ha permesso di capire un meccanismo di lettura dei comportamenti da parte di chi lavora all'interno di quella realtà.

Grazie all'immedesimazione all'interno delle reti relazionali proposte e allo sforzo richiesto di leggerle in un'ottica diversa, distinguendo tra elementi positivi e negativi, tra momenti che innalzano la tensione e atteggiamenti e logiche che invece l'abbassano, i discenti appartenenti a professionalità diverse, ma tutte interne alle diverse strutture, hanno imparato a leggere le dinamiche comunicative per poi astrarre quegli elementi positivi da inserire all'interno di azioni e procedure codificate.

Re-immaginare la scena pensando a come mettere gli ingredienti giusti al posto giusto ha permesso ai partecipanti di ricostruire un percorso che potesse poi essere una guida sia da restituire a tutti gli operatori della propria azienda, sia come paradigma di gestione dell'evento avverso, che potesse considerare anche gerarchie e funzioni da mettere in gioco.

Per aiutare meglio a comprendere come leggere il processo che porta alla crisi sono stati elencati alcuni "ingredienti", già visti e analizzati nei singoli casi di studio, distinguendoli tra buoni e cattivi. Mentre per i primi rinviamo al capitolo sull'analisi della resilienza (cap. 6 pag. 63), riportiamo qui di seguito le caratteristiche di un processo che conduce alla crisi.

- La chiusura repentina dei canali comunicativi tra l'operatore che ha materialmente commesso l'errore e gli altri, utente compreso (e la sua colpevolizzazione o totale assoluzione come esiti di questo "non parliamone più")

- La mancanza di riconoscimento del problema con l'utente
- L'idea che il danno causato non sarebbe stato preso in carico dalla stessa struttura (compreso l'aspetto psicologico)
 - Il protagonismo di personale esclusivamente medico
- La lentezza di risposta dell'organizzazione
- Il linguaggio burocratico
- Il mancato coinvolgimento dei parenti
- Il coinvolgimento dei media per fare pressione su una comunicazione interrotta

Il media training

Uno strumento utile per poter gestire la comunicazione con l'esterno deve avere una caratteristica importante: la pratica e l'allenamento continuo. Una regola imprescindibile prevede infatti che non ci si possa improvvisare attenti comunicatori in caso di crisi senza un'adeguata formazione sul campo o training interno, e soprattutto senza una strategia decisa preventivamente.

Per questo nella giornata dedicata alla gestione e alla lettura del processo di crisi verso l'esterno e soprattutto verso i media, cassa di risonanza che amplifica qualsiasi piccola crisi rendendola ingestibile, si è deciso non solo di permettere a qualche partecipante di mettersi in gioco, ma anche di fornire una tecnica che possa essere usata internamente nelle diverse strutture per formare il personale medico, con l'aiuto dell'ufficio di comunicazione e dell'ufficio stampa.

In caso di evento avverso spesso viene richiesto - anche o soprattutto - l'intervento di personale qualificato, spesso un primario o la direzione stessa, per rispondere alle domande dei giornalisti su un caso di errore di cui sono venuti a conoscenza anche solo attraverso una chiacchiera al bar. Ma per rispondere correttamente non basta saper cosa dire e non avere nulla da nascondere, è necessario sapere come dirlo, conoscere le dinamiche del media con il quale ci si rapporta, le tempistiche differenti, il taglio della testata, la capacità di comprensione del giornalista su questioni tecniche e mediche, la fame di notizie e di "scoop".

Allo scopo è buona prassi permettere all'unità di crisi di panificare una strategia, in accordo con l'ufficio stampa e di comunicazione e in seguito stabilire dei **training** nei quali appunto si simula un'intervista con un giornalista, quindi con i **media**, che siano radiofonici, televisivi,

carta stampata o web. Si impara infatti a rispondere alle interviste solo sottoponendosi continuamente a questa “pratica”.

Il media training mette quindi in contatto un giornalista, chiamato per simulare l’intervista, e il personale medico al quale vengono di volta in volta analizzate le risposte nell’ottica delle regole esistenti nella professione giornalistica, in modo che il messaggio – che comunque deve mantenere caratteristiche di trasparenza, coerenza e veridicità – non venga frainteso, manipolato o reso incomprensibile.

Nel nostro piccolo esperimento di media training abbiamo considerato il caso della falange del neonato recisa dall’infermiera (è necessario fornire gli elementi chiave per poter simulare un’intervista, qui erano già stati sviscerati il giorno precedente) e abbiamo chiamato un direttore sanitario di fronte a un giornalista televisivo locale.

Sono emersi alcuni errori/ elementi tipici su cui prestare attenzione:

- Risposte lunghe, che vengono spesso tagliate
- Uso di termini tecnici e pomposi
- Tentennamenti e presa di tempo per evitare di dire esplicitamente che non si ha una risposta
- Insicurezza
- Risposte formali (dette anche “fotocopia”) che non danno informazioni (stiamo facendo il possibile per ...)
- Distacco eccessivo
- Ricerca di frasi che esplicitamente rimandano alla volontà di mantenere un’ottima immagine aziendale, ma non mirano alla sostanza dell’evento avverso
- Atteggiamento difensivo
- Aspetto, abito, tono di voce, postura

L’esperimento, in forma semplice per tempistiche e strumentazione, ha suscitato forte interesse da parte dei medici, interessati a capire le dinamiche con le quali lavorano i giornalisti e con le quali spesso la comunità medica si scontra. Sono nate domande, curiosità e dubbi. Anche il presidente dell’Ordine e il giornalista coinvolto ha compreso le potenzialità di questo strumento per facilitare le comunicazioni e hanno aggiunto un’idea opposta e complementare: formare di contro anche i giornalisti meno esperti e giovani su come approcciarsi con il delicato campo medico.

8. Conclusioni

Nel complesso lo sviluppo del progetto di gestione della crisi è riuscito a raggiungere gli obiettivi che si era prefissato, stabilendo quindi gli elementi utili per la costruzione di procedure efficaci da applicare ai casi impreveduti che un'azienda ospedaliera può incontrare nel quotidiano e routinario svolgimento del suo lavoro.

L'utilizzo della ricerca qualitativa applicata a casi scelti si è rivelato utile per sviluppare questo progetto. Infine concretizzare i risultati ottenuti nella ricerca in un'attività di formazione ha permesso sia di restituire i risultati ottenuti, sia di poter scandagliare più in profondità il materiale a disposizione.

Gli indicatori che hanno permesso di stabilire la buona riuscita del progetto di ricerca sono stati i seguenti:

- La capacità di condurre un'analisi partecipata (che rendesse gli stessi operatori sanitari in grado di rileggere le proprie indicazioni-reazioni circa l'evento avverso) e quindi la capacità di mettere in campo metodi\strumenti adatti a questo obiettivo
- La capacità di coinvolgere le realtà locali rispetto al passaggio di ascolto dei testimoni
- La capacità di individuare nei modelli gli elementi della resilienza e gli elementi della degenerazione davanti alla crisi relazionale da evento avverso;
- La capacità di rileggere i casi di studio con gli operatori per generare linee guida sulla comunicazione che fossero davvero condivise e non calate dall'alto o recepite come teoriche
- La capacità di coinvolgere nel nostro percorso di ricerca (interviste) – formazione (seminari e focus group) anche altri soggetti territoriali (Albo Giornalisti Regione Emilia Romagna)
- L'utilizzo di strumenti di formazione e ricerca in grado di attivare direttamente gli operatori e la loro conoscenza dal basso (focus group, media training ecc).

Non sono mancati elementi critici e possibilità di sviluppo future: le difficoltà principali sono emerse in relazione all'intercettazione dei testimoni e alla gestione delle interviste, soprattutto in termini di tempistiche e di interazione tra parti differenti del progetto.

La ricerca ha fatto affiorare un'esigenza: gli operatori hanno sempre più la necessità di possedere ricette adatte per gestire i processi comunicativi. Si sente e percepisce la mancanza

di una formazione adeguata dei medici e del personale sanitario nel campo della comunicazione, soprattutto a fronte di pazienti sempre più empowered, consapevoli dei propri diritti o a volte con una visione distorta delle reali possibilità della medicina. In particolare inoltre non possiamo non notare la lontananza tra operatori e sistema mediatico, sulla quale possono svilupparsi lavori futuri.

9. Allegati

CASO DI STUDIO 1

INTERVISTA NUMERO 1

Intervistatrice: Si ricostruiscono tutti i flussi in informazione sul caso. Prima si ricostruisce il caso e poi si cerca di vedere quali passaggi hanno alzato/abbassato la tensione. Come le è arrivato il caso e cosa ha fatto.

Io sono stato informato dall'ostetricia, non ricordo se dalla caposala o dal primario.

E cosa le hanno raccontato

Mi hanno raccontato cosa era successo, che nel tagliare il cordone era saltata via una falange di un dito, dopo di che mi hanno avvisato che avevano già parlato con i parenti, che avevano fatto parlare con i genitori anche il traumatologo...non c'era possibilità di riattaccare il ditino, perché troppo poco vascolarizzato, troppo piccolo.

Allora dicevamo...

Loro hanno già parlato con i genitori, hanno chiarito, si sono assunti le loro responsabilità. L'infermiera autrice materiale si era già scusata ampiamente con i genitori e aveva anche lei riconosciuto.

Ed è una cosa consueta che l'infermiera tagli il cordone ombelicale?

Sì, sì. Nel cesareo è stata fatta una manovra che viene fatta sempre.

Quindi il tipo di errore, diciamo sopraggiunto, è un errore di distrazione umana ma che comunque seguiva la prassi?

Sì, sì...non aveva fatto cose... la linea guida sul taglio del cordone prevedeva cose diverse da quelle che sono state fatte, ma la consuetudine in atto era quella, da sempre era quella. Lo strumentario usato non era quello correttamente indicato, ma era quello. Lei ha fatto quel che ha sempre fatto e che hanno sempre fatto anche le colleghe. Poi ragionandoci a posteriori abbiamo concluso che c'erano da cambiare alcuni modi di fare e da modificare lo strumentario, c'è una forbice apposita per il taglio del cordone. Invece di usare una forbice chirurgica è bene usare quella forbice, che dovrebbe essere quello che avviene adesso perché abbiamo comunque munito di forbici adeguate ecc.

Quindi diciamo, l'evento della distrazione come evento verso quello dell'errore ha messo in evidenza il fatto che la prassi è un po' diversa.

Si, la prassi era diversa dalle norme di buona condotta che avrebbero permesso di evitare questo evento.

Quindi l'infermiera aveva già parlato con i genitori e loro in questa prima telefonata restituiscono a lei lo stato d'animo dei genitori in che modo?

Mi hanno raccontato che erano tutti molto dispiaciuti e mi hanno detto che con i genitori la situazione era tranquilla, nel senso che loro si erano spiegati, i genitori avevano capito e vabbè insomma...erano dispiaciuti ma non aggressivi. Insomma, si era riusciti a mantenere un livello di rapporto molto buono!!!

Quindi lei lì cosa fa?

Io ho contattato la counselor che è quella si occupa di mediazione da noi e sono andato a parlare anch'io con i parenti insieme a loro. Era presente anche il primario, ovviamente abbiamo ribadito i concetti che erano stati già detti e abbiamo dato disponibilità ad assisterli nei limiti delle nostre possibilità per far fronte a questo evento.

Mi racconti un po' di questo evento con i mediatori dal suo punto di vista.

Io ho apprezzato molto il comportamento dei medici e degli infermieri perché non ci sono stati problemi, abbiamo ribadito cose che erano già state correttamente comunicate e recepite dalla signora. Per cui il lavoro grosso l'avevano fatto loro quando avevano affrontato la realtà senza nascondersi, senza trovare scuse.

Lei legge questo come l'aver alzato la qualità di relazione con i genitori?

Hanno ottenuto una qualità ottimale di relazione nelle situazioni in cui si sono trovati.

Lei non ha mai avuto l'impressione che al di là di questa qualità delle relazioni i genitori potessero rivalersi legalmente?

No, anche perché abbiamo fatto presente subito noi che ci tenevamo a mantenere un livello di rapporto ottimale con loro ma ci tenevamo anche a ristorare il danno che era stato dato. Abbiamo fatto presente noi che loro erano stati danneggiati e che quello che era giusto fare dal punto di vista di ristoro economico del danno noi l'avremmo fatto.

Quindi questo è avvenuto?

Si, è avvenuto. La richiesta che ci hanno fatto di ristoro del danno era stata concordata prima con noi. Avevamo valutato insieme al nostro medico legale e da un medico legale scelto da loro ma praticamente concordato perché loro non sapevano a chi rivolgersi. Noi gli abbiamo indicato di rivolgersi al presidente della nostra associazione di medici legali qui che poi ha provveduto a indicare una persona per cui, è stato fatto tutto di comune accordo.

Il fatto che la crisi è stata contenuta lo legava alla rapidità di attribuzione della responsabilità?

Anche a questo e poi all'atteggiamento degli operatori che hanno fatto la loro parte senza dare l'impressione che si volesse in qualche modo truffare i danneggiati. Se non ci fosse stata questa partenza corretta sarebbe stato impossibile recuperare dopo.

Questo lo dice anche perché le vengono in mente altre crisi che sono state gestite diversamente e che lei ha vissuto come direttore?

Sì, vengono in mente eventi che si vengono a conoscere quando siamo a livello di richiesta di risarcimento, cause legali, dove emerge tutta la catena inadeguata di comunicazione tra operatori, pazienti e parenti.

Provi a farmi un esempio i casaccio, un pessimo esempio.

Paziente che viene in un pronto soccorso nostro per una caduta con problemi a un braccio. Viene diagnosticata una lussazione di gomito, l'ortopedico provvede a ridurre la lussazione con una manovra. Il paziente ha dolore alla mano, si rivolge ad un'altra sede (non ricordo se la diagnosi l'abbiamo fatta noi o da un'altra parte perché poi il paziente è fuggito),salta fuori che aveva anche un danno a un osso della mano che noi non avevamo riconosciuto. Il paziente parla con il primario, si riesce a contenere il tutto a livello di rimborso del danno che ha avuto, successivamente parla con il medico effettuato la riduzione, litigano. il paziente si arrabbia parecchio, fa causa e viene ipotizzato che il danno alla mano non sia dovuto alla caduta ma alla manovra fatta dal medico per ridurre la lussazione al gomito. Per cui siamo passati da un errore di diagnosi a una lesione personale. Il medico patteggiò in penale,l'azienda pagherà in civile. Adesso stiamo discutendo perché per noi è impossibile che il medico facendo la manovra di riduzione abbia potuto rompere un osso della mano. Però una gestione non corretta dove noi siamo tenuti fuori e abbiamo visto in ultimo quando c'era già il penale, ha portato a questo disastro. Il tentativo del primario di gestire da solo la cosa. Se fosse intervenuta la mediazione, si sarebbe accorta che non era il caso di far parlare il paziente con la dottoressa perché c'era uno stato che non lo consentiva, come successo avrebbe attutito il disastro.

Se la dottoressa avesse riconosciuto che aveva sbagliato qualcosa probabilmente l'avevamo finita lì. Il paziente ha avuto dei grossi guai da questa frattura, non tutti imputabili a noi, buona parte imputabili a chi ha fatto gli interventi per correggere questa situazione, però su questo stiamo ancora litigando adesso, tutte cose che si sarebbero potute chiarire con buona pace di tutti e senza sputtanamenti sui giornali. Mentre nel caso del ditino non è uscito niente da questa direzione.

Quindi potremmo dire che ci sono questi vari tipi di crisi in cui la velocità e la figura di chi parla con chi, chi valuta come parlare contano?

Chi è, e come parla conta, se chi parla non è in grado di essere positivo in quel che dice è meglio che eviti di parlare.

Questo pensando agli elementi che influiscono molto sulla comunicazione della crisi, adesso se io dovessi chiedere per sua esperienza di pensare a degli ideali tipi di operatori, questa reattività, questa stanchezza dell'operatore, per sua esperienza che momento vive l'operatore nel confronto con l'utente. Cioè, se dovessimo dire: ma io immagino che ci sono tre tipi di operatore quello che non emette delle richieste, quello che è molto paterno, quello che in queste crisi a che operatore sanitario lei pensa? Mi ha fatto i due esempi, l'infermiera che ha detto subito e la dottoressa. Se dovessimo metterci nei panni di questi due personaggi come li descrive professionalmente? In che stato sono in questo momento rispetto alla comunicazione con gli utenti?

Be' ci sono delle note caratteriali intanto perché la capacità di rapportarsi con la gente a volte è anche un'attitudine della persona, uno può anche rendersi conto che deve fare delle cose ma è in difficoltà a farle. In questo caso invece l'infermiera era capace, era portata ai rapporti umani, la dottoressa probabilmente meno. Secondo l'infermiera si è resa conto che non aveva scusanti per quel che aveva fatto, la dottoressa invece ha pensato che sostanzialmente le solite cose: ma che cazzo vuole questo, sostanzialmente io gli ho ridotto il gomito ma perché mi viene a rompere le balle. E' un atteggiamento molto comune quando succedono questi contenziosi, pensano che con tutto quello che hanno fatto per il paziente lui gli abbia traditi. Io ho fatto tutto quel che potevo, anche di più e lui appena ha potuto mi ha accoltellato alle spalle scrivendo all'amministrazione, andando dall'avvocato ecc.

Quindi ci sono figure professionali più esposte a non riuscire nella crisi che sono proprio quelle che vivono in questo passaggio d'epoca una sorta di tradimento rispetto al loro ruolo

I medici senz'altro più degli infermieri in questo perché il medico è abituato, è ancora figlio della cultura paternalistica per cui tutto quello che fa per il bene del paziente pensa a come può permettersi il paziente di dubitare di questo. Mentre per gli infermieri questo non è mai stato per cui si fa meno fatica a superarlo.

Questo nel lato dell'operatore mentre nel lato del paziente? A me ha colpito il caso del bambino perché in realtà la ginecologia e l'ostetricia sono veramente i luoghi della causa perché il figlio danneggiato è molto più no rispetto una mano. Per capirli quei genitori lì, abbiamo detto sicuramente gestita bene la comunicazione, accuditi dal punto di vista del rimborso, forse accuditi anche verso la cura del ditino.

Certo, anche. L'unico screzio che abbiamo avuto ma che non è stato proprio uno screzio e che questi qui hanno prenotato i soliti esami, varie ecografie delle anche, hanno avuto qualche problema di tempo e si sono un po' lamentati dicendo che per bacco con quello che era accaduto poteva fare qualcosa, io abbiamo controbattuto dicendo che certe robe si possono fare altre no, comunque se ce l'avessero chiesto ci avremmo anche pensato. Comunque è stato l'unico loro momento di non completa soddisfazione.

Quindi è stato questo il loro unico momento del sentirsi in tradimento. Il resto è andato tutto bene, loro si sono sentiti riconosciuti l'errore, riconosciuti economicamente, gestito il problema del ditino, immediatamente dal traumatologo.

Si sì, immediatamente. Praticamente come gli han detto che il ditino era saltato c'era già il traumatologa che gli diceva guardate che la falange c'è ma non si può attaccare perché troppo piccola.

Quindi l'errore che consolida il patto di cure e non che lo interrompe, non vedete voi dove volete andare, non l'indecisione.

Esatto. Il farsi carico senza pretese, l'offrire una possibilità, non dire ci penso io e per il resto non rompere le scatole, dire se vuoi io ci posso pensare però lasciando comunque liberi di non doversi far carico di una relazione fiduciaria quando forse la fiducia è venuta a meno.

Quindi una propria esposizione al rischio che uno dica di no ma farla.

Sì, va offerta ma non vada pretesa questa cosa e anche questo è difficile da parte del medico perché cazzo, ti dico che ci penso io, tu non vuoi affari tuoi a questo punto.

Si, entra effettivamente tutta la discussione sulla fiducia.

Il concetto della fiducia è una cosa che si deve pretendere dal paziente però non si può imporre, loro invece pensano di poterlo imporre quando invece, se manca la fiducia è meglio che il paziente vada da un'altra parte.

Quindi questi genitori che abbiamo inquadrato è veramente un caso ottimo?

Sì ma qui ci sono altre considerazioni da fare, rispetto il rischio di un parto, tra l'altro la signora non era neanche giovanissima, aveva 36 anni 37.

La signora temeva qualche problema, il fatto che tutto si sia risolto con un problemino minimale tutto sommato forse l'ha anche percepito come un pericolo minore. Come quando fai un frontale e devi solo cambiare il paraurti tutto sommato puoi ringraziare.

Quindi pensando agli ideal tipo di pazienti come pensavamo agli ideal tipi di operatori e le culture delle relazioni infermiere medico adesso pensiamo al ideal tipo di paziente lei me lo ha appena fatto.

Un paziente che viene ed si espone già con un'idea di rischio sua alta, per esempio una che ha un sacco di guai, problemi reagisce meglio ed un problema rispetto a una giovane ragazza che affronta un parto naturale in ottima salute che avrebbe sicuramente ingigantito la cosa.

E questa parte di riflessione su cos'è la vita, quando cambierà, si fa nella mediazione? Ci sono stati concessi espressi nei vostri confronti?

No no, credo proprio di no. Credo proprio siano stati sul livello di abbiamo sbagliato, riconosciamo che abbiamo sbagliato, facciamo quel che possiamo. Tutto quello che possiamo per dare soddisfazione lo facciamo.

Quindi un paziente più formato è un paziente già esposto all'idea di maggiore rischio.

Si, probabilmente aveva già un concetto di rischio maggiore e la sua immagine di bambino perfetto era un'immagine più ricca della perfezione esteriore del bambino che molte volte invece non c'è.

Questo per parlare del versante del paziente.

Diciamo che abbiamo anche avuto culo.

Lo penso anch'io e infatti mi piacerebbe scavare ancora un po' su questo culo e su questo fatto che non è successo niente perché effettivamente un genitore è difficile da trovare.

Non è una cosa grave rispetto a quello che può succedere in un parto, conta sull'immagine esterna, se fossimo finiti sui giornali rischiavamo di finire anche sui telegiornali perché è una roba talmente strana. Io penso ce il vantaggio principale sia stato quello di contenere all'interno del sistema tutta la cosa.

Questo contenere all'interno del sistema voi lo potete in qualche modo controllare o no?

Chi è che chiama il giornale di solito? I parenti?

I giornali hanno i loro informatori interni, soprattutto quando ci sono di mezzo le forze dell'ordine, carabinieri, quando ci sono di mezzo i pompieri e probabilmente hanno dentro qualche talpa anche ne nostro personale 118. Qualche aggancio ce l'hanno.

Quindi non solo da parte dei diretti ma sono anche attivi nel cercare la notizia.

Si, sono attivi, se tu vai in tribunale tutti i giorni c'è sempre un giornalista che aspetta di vedere cosa succede tanto che quando una cosa finisce in tribunale siamo certi dell'esposizione mediatica.

Mi hanno detto che a Piacenza si insiste molto, i media locali insistono molto su questa cosa.

I due giornali locali sono in concorrenza fra di loro per cui c'è il terrore da parte loro di essere scavalcati e di mancare la girata, quello là se ne accorge lo pubblica e io non so niente. Penso

più paura dei singoli giornalisti per non far brutta figura con il loro capo che non strategie particolari. Comunque una marcatura a vicenda tra i due giornali esiste. **E queste invece attenzioni a voi, questa tutela della salute intesa come sorveglianza è aumentata o no?**

No, secondo me qui non siamo a livelli di attenzioni patologiche. Qualcosa devono pur pubblicare, siamo una provincia di 280 mila abitanti non è che le cose saltano fuori come i funghi poi quando ci sono le campagne elettorali hanno altro a cui pensare e siamo più tranquilli ma quando c'è calma piatta devono trovar qualcosa.

Un brutto caso in cui c'era come lei ha definito un errore relativamente piccolo come poteva essere questo ma che sul giornale è diventato grosso rischio, gliene viene in mente qualcuno? Errori piccoli diventati grosse crisi.

Ma, quello della mano che siamo finiti sul giornale quando c'è stato il procedimento penale.

Questo caso è il classico caso di piccolo che diventa grande mentre il contrario? Il caso di un errore grosso in cui lei ha detto siamo spacciati mentre poi la crisi è stata contenuta.

Quando è morto il paziente per il blocco dell'ascensore. La crisi è stata mantenuta non a livello mediatico perché siamo finiti sulle televisioni nazionali, televideo, io sono stato visto da un mio amico a New York, il servizio è stato trasmesso da rai international però l'immagine che è uscita non è stata brutta perché anche qui abbiamo avuto culo, c'era l'anestesista e l'infermiere che accompagnavano il paziente, la procura tempestivamente avvisata, notte e tempo, non ha preso nessun provvedimento serio, non ha neanche sequestrato l'ascensore, ci ha solo chiesto di non usarlo finché la ditta che lo riparava non faceva un rapporto su cosa c'era di rotto. Però non c'è stata una perizia del tribunale sull'ascensore. C'è andata di culo perché abbiamo chiamato subito i vigili del fuoco, hanno aperto loro la porta. La cosa è finita sui media ma l'immagine che ne è venuta fuori non è stata negativa, è stata l'immagine di un evento dovuto a cause tecnologiche nei confronti dei quali però c'erano già in atto tutte le cautele possibili per impedire che la cosa avesse ripercussioni sulla salute del paziente tanto che la conclusione è stata che il paziente è morto per affari suoi e se non ci fosse stato questa mezz'ora di fermo dell'ascensore sarebbe morto comunque. Se il paziente fosse stato meno fragile di suo il fatto che ci fosse l'anestesista e tre infermieri sull'ascensore avrebbe consentito di tirarlo fuori.

Lei ha invocato più volte il fatto che bisogna aver fortuna evocando il fatto che in fondo le crisi sono molto meno di quelle che avvengono davvero.

Sono più gli eventi che avvengono che le crisi che si manifestano.

Infatti lei lo ha detto anche evocando due aspetti che adesso vediamo insieme.

Uno è questo: ci sono prassi informali diverse dalle prassi codificate, queste perché le prassi codificate hanno preso una piega troppo burocratizzata o perché in realtà si stenta ad innovare sistemi vedendo?

Il fatto che spesso seguire alcune prassi scientificamente provate come ottimali a volte complica le cose, comporta allungamenti di tempi, comporta dover fare delle manovre più complicate, usare strumentari diversi ecc. ecc. D'altro lato c'è anche il fatto che "ho sempre fatto così, non è mai successo niente", perché finché non ci picchi contro non ti rendi conto se una cosa è sostanziale o puramente formale. Il tentativo così disperato di codificare tutto quel che si fa che per certi versi è sacrosanto per altri certi versi porta davvero a complicazioni eccessive rispetto alle altre. Noi non ci poniamo mai, cominciamo a porcelo adesso quando ormai la gente è stufa, quando mettiamo in piedi una procedura cominciamo a chiederci se una cosa ci dà un valore aggiunto oppure no. Per cui semplifichiamo le cose e ciò che non dà un valore aggiunto lo togliamo. Abbiamo complicato, complicato...

È vero che abbiamo ridotto margine di errore ma per certi altri abbiamo introdotto altri errori perché abbiamo reso difficile l'osservanza delle regole. Abbiamo forse aumentato il livello di rischio.

Complicando il livello formalizzato, abbiamo legittimato ad agire informalmente?

Sì, abbiamo anche costretto...quando si è davanti al cesareo, i tempi di intervento quasi sempre sono...cioè è programmato ma può esserci anche l'urgenza. E comunque anche un cesareo programmato ha delle fasi concitate, il lasso di tempo deve essere minimale, anche il taglio del cordone deve essere fatto in tempi brevi con azioni standardizzate.

Ed è questo che aumenta così tanto il rischio?

Visto che è obbligatorio una sequenza di cose se tu ne salti una il rischio diventa grosso in più anche in questo caso c'è una questione di ruolo, questo non devono saperlo i miei colleghi medici però il problema è che il medico, una volta uscito il bambino, il ginecologo se ne disinteressa sono questioni della ferrista che lo passa all'infermiera della ginecologia che poi lo mette sulla cullina dove il pediatra lo visita e fa quel che deve fare.

È un classico caso in cui la frammentazione delle specializzazioni aumenta il rischio.

Esatto anche perché ognuno si disinteressa di quello che fa l'altro, la cosa sarebbe stata molto più semplice se il taglio del cordone fosse stato fatto da due persone, uno che teneva il bambino e l'altro che tagliava.

Lei diceva, da un lato le crisi potrebbero essere molte di più ...

Aumenta la probabilità di sbagli diciamo, anche se non è un termine scientifico. Comunque cose che non vanno per il verso giusto.

Cose che non seguono la prassi. Non succede quello che ci si aspettava.

Avviene molto spesso in medicina. Fortunatamente il danno per il paziente avviene in casi molto limitati o comunque un danno percepibile come tale perché se il danno si riduce a un prolungamento dell'anestesia di dieci minuti nessuno lo percepisce. Però accade spesso visto che lavoriamo in un ambito di grosso empirismo, anche se la gente non lo percepisce.

La gente non lo percepisce...e che quindi questo aumenta molto il rischio di crisi perché la gente ha delle aspettative...

Aumenta le conflittualità

Aumenta la conflittualità. La gente non percepisce la natura empirica della medicina e la scambia per una delle altre scienze dure. Questo...visto dall'interno...è un processo reversibile? Si potrebbe comunicativamente spendere rispetto alla propria fragilità...

Il problema è che noi medici spesso a priori rafforziamo questa percezione della medicina come scienza esatta. Prima diciamo che non c'è problema, dopo quando c'è stato un problema diciamo oh perbacco era evidente che poteva esserci il problema. Il famoso consenso informato, se fosse realmente informativo, se il problema fosse l'informazione e non il consenso probabilmente il livello di conflittualità si abbasserebbe, anche se faremmo meno interventi programmati.

Immaginiamocela questa scena. Io faccio questa ricerca e alla regione deposito i risultati dicendo che uno dei livelli macro sono quelli di abbassare le aspettative salvifiche.

Rendere realistiche le aspettative

Quindi la campagna di "fragilizzazione" dell'immagine della medicina. Che cosa accadrebbe? È sostenibile? Quali effetti secondari produrrebbe?

La gente darebbe il consenso solo sulle cose importanti e non per balle.

Quindi questo lei se lo immagina gestibile come processo...

Lo immagino come un processo positivo. Se noi evitassimo di fare una protesi di anca al vecchietto che non cammina per motivi indipendenti dall'anca. Se evitassimo di operare di menisco il sessantenne che non va a correre.

Ricollocato nella scelta invece che automatizzato...forse sarebbe complicato perché non sappiamo cosa succederebbe, torneremmo a una maggior dose di buonsenso

Anche dal punto di vista economico per l'organizzazione sanitaria avrebbe dei vantaggi.

Questo aumento di negoziazione ha i suoi vantaggi

Ci sono delle pulsioni in senso contrario che sono l'ego dei medici, gli interessi economici di molti industrie, i rapporti perversi tra classe medica e industria. Ogni tanto si scopre che certe cose sono state incentivate. Adesso si tende a ridurre al minimo queste cose...per esempio il fatto che i materiali vengono acquistati con gare d'appalto, rende più lasso il rapporto tra produttore e professionista. Per cui direttamente questo non c'è. Però anche molto banalmente se ... visto il privato che anche lui fa la sua parte, senza arrivare ai livelli del Santa Rita, però di fronte al vecchietto con la protesi d'anca...il medico dice se non gliela faccio io, va dal mio dirimpettaio e gliela fa lui.

L'idea della competizione.

Competizione senza regole però, che è quello che sta succedendo adesso nel mercato sanitario. Purtroppo è un mercato

L'altro giorno un mio amico anni 70, però ex calciatore che ha giocato nazionale, gli fa male un ginocchio, ha il menisco rotto e vuole farsi operare. Non c'è nessun motivo, il rischio è che stia peggio, però l'ortopedico dice se proprio lo vuole fare, meglio che glielo faccia io che un altro. Magari ci sputtana anche dicendo che noi non lo vogliamo fare. È anche un atteggiamento ragionevole del medico che però si inquadra in questo contesto, nel fatto che non c'è comunque un rapporto di fiducia tra medico e paziente. Prima era il medico di famiglia il gestore della salute dei suoi pazienti, adesso invece il paziente guarda su internet sente le trasmissioni sulla salute che spesso sono poco scientifiche e molto promozionali. Finisce per essere confuso da voci diverse.

È convinto di poter gestire lui la propria salute...

Non ha un punto di riferimento. È stato provocato dall'atteggiamento dei medici. Si sono sputtanati nei confronti dei loro pazienti.

È saltato l'anello intermedio che era il medico di riferimento, nel mezzo non c'è più una relazione privilegiata

Non c'è più, non c'è più la persona

Non c'è la persona di cui mi fido perché ho costruito una relazione che andava al di là della prescrizione e i medici sono responsabili di questi processo.

Tutta la classe medica ha lasciato andare la relazione. Da un lato ha seguito il fantasma dello scientismo ... che si sono ritenuti una scienza esatta, dall'altro purtroppo hanno avuto delle vicissitudini ... hanno cercato patronati politici come è stato... si sono sputtanati, si sono venduti per il famoso piatto di lenticchie, e questo è difficile da riconvertire. Però io vedo, mi trovo spesso a dover consigliare i miei amici sul cosa fare e vedo il problema per la persona che non fa il medico è capire di chi puoi fidarti per fare le cose. Se vai in tv, leggi il giornale, fai

una ricerca su internet non capisci più nulla, vedi tutto e il contrario di tutto, senza nessun filtro scientifico. Se anche si va su un sito validato scientificamente come Medline, non si è in grado di capire. È come quello che dice il signore incazzato con il medico che l'ha operato e che dice che ciò che fanno i medici è per ucciderti.

Bisognerebbe recuperare ...

Le figure intermedie, esperte ma attente alla [non si capisce dalla registrazione]

Tutti i medici devono ricostruire questo, il primo livello è il medico di famiglia. Alcuni sono riusciti a mantenere il rapporto con le persone.

Nel nostro caso il pediatra o il medico di famiglia non c'entrano..?

No, no, l'avrebbero scelto dopo...verosimilmente ci avranno avuto a che fare ma la cosa ha preso la sua piega prima.

Nei tipi di crisi abbiamo pensato che siamo sempre più esposti e perché. Nella crisi abbiamo pensato a cosa farcene...in questo caso, cosa avete imparato e l'elemento della crisi come risorsa quanto è realistico.

Noi, la regione spinge molto su questo, stiamo facendo anche noi 17 casi di risk analysis su eventi successi negli ultimi 4-5 anni. La cosa funziona perché dalla logica punitiva siamo passati alla logica cerchiamo di capire cosa fare. Gli operatori si fanno coinvolgere dalla logica e si stabilisce un rapporto di fiducia tra l'organizzazione sanitaria e il suo operatore se si usa questa logica invece che la sola punizione.

Primo elemento: patto di fiducia con l'operatore. Recupero dell'operatore, recupero della fiducia.

È un rapporto corretto operatore- azienda. Non punitivo, non hai sbagliato quindi commissione di disciplina. Ma un rapporto cerchiamo di ragionare insieme. Può succedere di sbagliare, vediamo...

Nel caso dell'infermiera ha funzionato. Avete visto insieme che era necessario...

Abbiamo lavorato insieme con le ostetriche, abbiamo steso una procedura diversa, devono essere in due a tagliare. Abbiamo cambiato le forbici, adesso non so se in realtà continuano a usarle...la tendenza allo scivolamento...Io spero che l'ostetrica responsabile dica un occhio, e penso che lo faccia perché è una persona molto attenta.

Queste equipe della crisi, la modalità di verificare cosa succede dopo, magari dopo un anno, non è codificato

No, no, non è ancora codificato. Adesso però stiamo mettendo a posto questo aspetto qui, se si fa una procedura nuova dopo si individuano anche indicatori da tenere monitorati, però è un passaggio che stiamo mettendo in piedi adesso.

Con l'infermiera è riuscita la valorizzazione. Mi racconta cosa è successo con il medico del braccio?

Si è licenziato. Ha patteggiato e poi si è licenziato.

Il recupero della fiducia...gli era stato proposto di fare questa riunione sulla crisi come occasione

È stato gestito direttamente, noi siamo arrivati quando c'era stato procedimento penale.

Era stato gestito direttamente dal direttore

Questo mostra una debolezza. Per mediare bisogna essere terzi e bisogna sapere come fare. Il direttore ha pensato di giocarci la sua credibilità, però questo non è bastato, è difficile che basti questo.

Ha perso anche il suo operatore

Questo aveva comunque problemi al di fuori

Però non è stato aggiustato dalla parte ...

INTERVISTA NUMERO 2

Intervistatrice: La ricostruzione del caso. Chi ha detto cosa e a chi.

Mi ricordo il caso, perché eccezionale. Chi mi abbia riferito il caso non lo ricordo. O un medico o un'infermiera, non ricordo...comunque una persona dell'equipe. Dopo di che cerco di parlare con tutti gli operatori che hanno gestito la situazione, ma è una cosa che faccio abitualmente in questi casi, e quindi ho parlato anche con la ferrista. Dopo sono andato a parlare con la mamma con i genitori, dopo essermi informato bene della cosa, e forse il giorno dopo ho riparlato di nuovo con la ferrista che mi ha chiesto se era il caso di parlare direttamente ai genitori. Allora io l'ho fatta parlare con i genitori, avendo espresso questo desiderio. In questi passaggi, il passaggio successivo è sempre quello di informare la direzione sanitaria. I miei collaboratori danno l'informazione a me e quindi io informo la direzione sanitaria, per motivi medico legali e assicurativi. Dopo di che io non mi ricordo...

Una volta che si è parlato con i genitori e visto che erano abbastanza tranquilli, abbiamo fatto vedere il bambino al pediatra e al chirurgo pediatra e questo bimbo ha perso l'ultima falange del dito mignolo della mano sinistra, questa parte non incidere sulla funzionalità della mano, era l'ultima parte. Il danno funzionale è stato assolutamente irrilevante. I genitori hanno compreso questo. Dopo è subentrata anche la direzione sanitaria, penso sia venuto il direttore sanitario e visto l'atteggiamento disponibile da parte della coppia penso che l'assicurazione abbia pagato immediatamente il danno. Direi che si è risolto nel modo migliore in assoluto

perché molte volte ti mettono sui giornali, ti mettono in croce, invece questa situazione è stata molto protetta, tanto che a livello cittadino non si è mai saputo... non so nemmeno come la regione l'abbia saputo. È stato molto circuito e ovattato questo caso. Penso sia un atteggiamento comune da parte di tutti i direttori quello di limitare i danni, soprattutto dei media. Ultimamente lo sa benissimo che alcuni casi che sono stati al centro dell'attenzione nazionale, dal punto di vista tecnico non avevano alcuna rilevanza per diventare notizia, non avevano una rilevanza tecnica per arrivare alla tv, è stato sfruttato in malo modo la notizia, in modo totalmente errato.

Le faccio un esempio?

Ne ho alcuni. Nord di Milano, Buzzi. Allora è stato un taglio cesareo su una persona che aveva tre gemelli che è stato fatto alla 31esima, 32esima settimana, ed è stato fatto perché la signora aveva una patologia particolare per cui... i bimbi se sono gemelli sono piccoli, se sono 3 sono ancora più piccoli...allora devono nascere entro, dopo una determinata data perché prima potrebbero avere patologie polmonari. Allora bisogna scegliere u tempo ideale. Noi abbiamo il timing del parto: scegliere un momento ideale per la mamma e i bambini perché abbiano meno complicanze possibili. Allora il Buzzi di Milano che non è un ospedale secondario ha scelto la 31esima, 32esima settimana. Io ho visto l'intervista e sono rimasto scioccato...intervista al padre che non è medico ne ostetrico...ma ormai tutti pensano di essere medici o ostetrici. alla domanda dell'operatore risponde: mi hanno ucciso la moglie si perché il taglio cesareo avrebbero dovuto farlo alla 28esima settimana.

Come fa secondo lei il marito della donna a dire questo?

Perché ormai a livello nazionale non c'è nessun filtro per cui si fanno parlare i parenti. Anche al sud hanno avuto morti etc...ma se c'è un distacco di placenta è noto a tutto il mondo che si muore ma se intervistano solo il parente è ovvio che dica mi hanno ucciso la moglie.

Perché è ovvio?

Primario: Perché dal punto di vista umano...si vede ad esempio la differenza delle reazioni delle persone a secondo della loro educazione...totalmente diversa. Ma adesso c'è una... non so come dire, lo si vede in tante cose non solo nella medicina, c'è...il gusto dell'apparire in televisione... Avetrana... questa è la dimostrazione che pur di apparire in tv uno fa e dice di tutto. Il fratello che vende le interviste...

Nel caso di un errore medico, un parente potrebbe informarsi...

Primario: uno potrebbe interpretare in malo modo ciò che è stato detto dai medici nel senso che se questa signora è ricoverata da x settimane perché stavano tirando il più possibile alla 32esima...ed è stata ricoverata alla 28 per problemi vascolari...uno può dedurre se me

l'avessero cesarizzata alla 28 era viva...ma i bambini morti magari. Il messaggio che passa alla tv è monco, non è un messaggio sentendo la parte tecnica. Prima di sentire il parente, parla almeno con la parte tecnica. C'è stato un distacco di placenta...il distacco di placenta ha - invento - l'1% di decessi....può succedere ovunque, qua a Canicattì... ma se continui a intervistare solo il parente...è un errore. Viene data alla popolazione una notizia non corretta per cui cosa succede, noi abbiamo passato un periodo... ma tutti... dovrebbero uscire sul corriere della sera degli articoli per bloccare questa situazione....perché tutti i parenti si sono sentiti in dovere di andare alla radio alla televisione ai giornali dicendo mi è successo questo quindi i medici hanno sbagliato. Non è vero...ci saranno dei casi in cui il medico avrà sbagliato ma altri in cui il medico non poteva fare nulla.

Le cito un altro caso. È morta un'altra donna per un taglio cesareo per embolia da liquido amniotico, cioè non c'è nessuno che salva una persona del genere, è impossibile. Però mi hanno ammazzato la moglie...non è così.

Perché c'è questa percezione?

Perché viene trasmessa dal giornale e dalla televisione

Solo questo? I medici non hanno nessuna responsabilità? Più che i medici, la medicina, la percezione della medicina...

Se si trasmette la percezione che la medicina non vale...c'entra eccome...però guarda caso a livello europeo siamo i migliori come mortalità neo natale. In Italia la mortalità neo natale è inferiore rispetto alla media europea.

Si metta nei panni di un parente senza conoscenze...cosa dovrebbe fare?

Se lui ritiene di aver ragione, che c'è stato un errore, lui si rivolge alla magistratura che fa dei controlli, e poi alla fine risulta che di tutte queste sette-otto-nove morti che ci sono state...uno o due possono essere morti per malpractice ma le altre sette no... quindi è stato mandato un messaggio di allarme eccessivo rispetto all'obiettività.

Secondo lei la responsabilità è solo dei media?

Non è la responsabilità...hanno in mano un potere pazzesco... è sbagliato da parte loro interrogare solo i parenti. Io insisto. È l'errore clamoroso, perché poi tutti sentono la tv, può succedere qualche cosa... e alè... si innesca un meccanismo di insicurezza, sfiducia nell'ambito della medicina e lì siamo tutti finiti perché uno va in sala parto...adesso è diminuito un po' perché è calata questa serie di notizie gravi...ma in quel periodo si andava in sala parto e c'era la mamma piuttosto che il nonno... ma perché non fate il cesareo, come se il cesareo fosse la panacea...e invece alcuni vanno male e la donna muore. Visto che noi siamo i tecnici e dobbiamo NOI fare una scelta clinica sulla conduzione di quel caso, l'interferenza dei parenti è

psicologicamente eccessiva. E' opprimente. Io ho i miei medici che piuttosto che rischiare tanto così vanno sul cesareo...alla popolazione è passata questa notizia...il cesareo è una passeggiata. Io ho un consenso informato che do tuttora...e lì c'è scritto tutto... non l'ho inventato io...dalla situazione internazionale tira giù dei dati che io ho e li ho scritti...quindi vuole il taglio cesareo, non c'è problema ma legga e firmi qui...

richiesta consenso informato da darmi -

La gente sceglie in base all'informazione che ha, per me l'informazione è una cosa fondamentale, per cui ho uno dà un'informazione corretta o scorretta. Io quando faccio il giro lo dico ai miei, ragazzi guardate che noi otteniamo un risultato diverso a secondo di come parliamo con i pazienti. Io ho dei casi... ho parlato ieri con una signora...una signora non ne poteva più di stare qua, perché non era il momento e voleva a tutti i costi essere cesarizzata. Sono andata a parlarle, lei in questo momento non è in travaglio, è il primo figlio, il termine è tra sette giorni, ma perché vuole il cesareo? La lascio andare a casa, ieri l'ho lasciata andare a casa, dovrebbe essere tornata ieri sera o stamattina, lei torna e in caso la induciamo. E' fondamentale come ci si esprime. E ho detto ai miei: io avrei potuto fare il terrorista con questa persona qui. Stesso caso io avrei...

chiede a dottoressa se c'era lei ieri per esempio della signora, chiede se è rientrata -

La dott.ssa non lo sa, ma non crede sia nemmeno uscita. - Quando le è stata assegnata la camera singola penso abbia gradito rimanere lì.

In ogni caso uno può fare o il mediatore o il terrorista. Faccio un esempio? Questa signora è entrata una settimana fa perché c'era un sospetto che il bambino non crescesse, poi è stata fatta rientrare e il bambino è cresciuto, la tensione della signora era tale per la quale non ne poteva più, voleva a tutti i costi il bambino anche se i controlli erano normali. Se fossi stato un terrorista avrei detto...io non aspetterei, farei un cesareo subito. Avrei fatto contenta la signora e le avrei regalato un cesareo, magari poteva succedere qualche cosa. Non ho fatto il terrorista e le ho detto, guardi che si può aspettare. L'informazione che è stata data negli ultimi anni alle pazienti e alle loro famiglie è stata un'informazione (poi parliamo anche degli errori dei medici) volutamente errata - non lo scriva se no mi mettono in galera - perché?

L'informazione, il fatto che il cesareo sia la panacea di tutti i mali...chi l'ha data?

Adesso le sto dicendo che i medici hanno sbagliato in tutti questi anni a dare l'informazione...Le faccio un esempio. Dal policlinico di Pavia dove sono stato 30 anni sono andato a Como per 4 anni, primario. Qui ora il primario sono sempre io, la stessa persona...però mi deve spiegare perché a Como c'era il 19% di cesarei e quando sono arrivato qui il 45%. Mi spieghi lei...

Le spiego subito io...i tagli cesarei fatti in un certo modo, senza seguire il caso clinico potevano accontentare tutti: soprattutto qua e qui c'era una politica come c'è tuttora nelle case di cura. Io medico non ho tempo di assisterti di pomeriggio e di notte perché ho lo studio e di notte non mi alzo mica, però ti assicuro di esserci al tuo parto. Io medico ti faccio ricoverare al mattino e ti dico dopo 2/3 ore che non vai avanti, e ti dico che devi essere cesarizzata. Tu paziente, piuttosto che sentire dolore ti fai cesarizzare.

Se lei va avanti per anni a dire così, altra notizia: il taglio cesareo pregresso è indicazione di fare un altro cesareo. Assolutamente falso, totalmente falso. Ma qui è così. Sono andato a vedere e i tagli cesarei erano stati fatti alle due del pomeriggio. Di notte MAI. L'1%. Mi deve spiegare perché. I medici hanno dato indicazioni volutamente non corrette in modo che tutti potessero gestire i parti a loro piacimento nelle ore che andavano bene a tutti. Chiaro? Se lei fa passare un messaggio del genere per 10-15-20 anni...sono arrivato io e ho cercato di cambiare la cosa e parlavo con le pazienti per fare cambiare idea...ma quando mai. Dove 2 mesi, 3 mesi che ero qui, è passata la voce che io ero contro i cesarei. Ma non è vero...io non voglio regalare un intervento che so che può finire male se non c'è una motivazione. La gente da qui andava a Codogno a farsi cesarizzare. La direzione mi ha detto...guarda che non... e io ho detto ditemi voi cosa devo fare.

Quindi è stata fatta sta cosa (non ho capito quale, stilato il consenso informato, deduco)

Il mio soprannome dopo tre mesi era "lo svizzero" perché volevo applicare indicazioni cliniche sui casi, non permettere a tutti di essere...

Questo è stato un messaggio sbagliato, ma questo si riferisce al numero e alla % dei tagli cesarei. In casa di cura è al 69%, la casa di cura guadagna soldi, il medico impiega poco tempo, la signora è stata cesarizzata e l'assicurazione pagata...e non ha tirato fuori una lira. Questa è una notizia errata. Su questa notizia errata ne è discesa un'educazione sanitaria alla popolazione sbagliata, cioè si è fatto passare il taglio cesareo come se fosse una cosina da niente, però ci sono lesioni...tutte ste robe qua. Ecco così se lo legge...

La signora del ditino... era stata cesarizzata... ha influito in qualche modo?

Si era stata cesarizzata... No, no in questo caso no non ha influito. Per dirle da dove siamo partiti...per me l'informazione è fondamentale.

Eravamo partiti dai media, quindi ritornando all'evento iniziale, in casi di crisi in generale, che cosa favorisce la tensione, cosa la abbassa? Quali sono gli elementi interni nell'ospedale che possono abbassare o alzare la tensione, secondo lei.

I rapporti interpersonali con l'equipe. Fondamentale. E questi rapporti interpersonali, le faccio poi un altro esempio così mi capisce meglio, e devono essere gestiti dal direttore dell'unità operativa, cioè io, il primario.

Le faccio un esempio. Questa situazione è molto frequente fra gli ostetrici, nelle altre specialità lo è di meno. Ostetrici e ginecologi hanno molta attività libero professionale, e pensano - finora è passata così la cosa - di continuare perché hanno paura di perdere le pazienti, di continuare l'attività libero professionale anche in ospedale. e qui ci sono dei grossi problemi organizzativi e medico legali. Le spiego. Se un medico A ricovera una paziente e vuole gestirla direttamente (paziente che deve partorire) di persona sostituendo il medico di guardia si possono creare delle situazioni come sono avvenute a Catania. Medico A - curante - ha una visione diversa dal medico B, di guardia, responsabile legalmente di quel turno di servizio, se le visioni combaciano, fila tutto liscio ma se non combaciano diventa un disastro, A vuole cesarizzarla e B no o viceversa

A Catania è successo una cosa del genere. Oltretutto - dove si sono picchiati - il medico A curante non era nemmeno assunto, era un interno. Non esiste che un interno e nemmeno assunto possa assumersi volutamente l'assistenza di una partoriente scavalcando il medico di turno che legalmente è riconosciuto ed è la persona che ne deve rispondere penalmente. Perché se c'è uno scontro di questo tipo...infatti quando io ho saputo della cosa...io ho detto alla giornalista locale che mi ha chiesto cosa ne pensassi...le ho detto guardi che lì il torto, il problema sa qual è, è che c'è una... che termine avevo usato... ma il problema è della direzione. Come della direzione? Eh già perché lì non c'era un'organizzazione che vietasse un intervento di questo tipo. A livello italiano gli ospedali permettono al medico assunto di gestire la propria paziente, la propria paziente fa richiesta al medico, rientra nell'ambito della libera professione, l'H lo permette. Rientrando nella libera professione il medico A è responsabile di ciò che succede e non può andarsene e gestisce il caso dalla a alla z, ma se uno non fa questa richiesta il medico responsabile è quello di guardia, perché se il medico A - no perché l'ho vissuta anche io sta cosa - è di turno in ecografia e ha una partoriente e dice al medico B (di guardia) guarda l'assisto io...ma quando il medico A viene chiamato in sala parto qualcuno lo deve sostituire in ecografia. E' evidente. In sala parto non si sta due minuti ma mezz'ora - un'ora. Il disservizio in ecografia si sente, il medico A deve quindi cercare un medico che abbia le stesse competenze per sostituirlo. Immagini il caos che si genera. E' anarchia. Un direttore non può permettere una cosa del genere, a parte i problemi clinici.

Lei mi sta parlando di gerarchia, non di collaborazione medica...

Lei mi ha fatto una domanda...le sto spiegando tutto...perché se non c'è questa organizzazione, se il collega sa che non c'è anarchia, non ci può essere uno scontro fra colleghi...se invece c'è l'anarchia allora ci può essere collega invidioso di quello con più pazienti. Se c'è questa atmosfera, se c'è il contrario di anarchia allora i rapporti interpersonali vengono limitati. Ma se c'è l'anarchia fanno a pugni. Ecco dove volevo arrivare. È importantissimo il rapporto interpersonale con l'equipe.

In questo caso il carattere del parente può sicuramente avere influito positivamente?

Molto, moltissimo

Prima lei mi parlava di istruzione dei parenti o comunque di chi...

E si è immediata, per cui è ovvio che al parente quando succede sta cosa qui, tu sai di aver torto, di aver creato un danno, è giusto dare una risposta sincera e obiettiva. È sbagliatissimo giustificare un'azione lesiva con una giustificazione che è poi...dato che siamo nell'era di internet, uno va a vedere e sa benissimo che ciò che gli hai detto non è vero quindi peggiora la situazione.

Quindi l'ammissione dell'errore è un elemento fondamentale.

Fondamentale, fondamentale. magari cerchi di...

Lei ha consigliato all'infermiera di parlare direttamente con la madre...

Sì, sì

Indipendentemente dal carattere?

Eh no, perché conoscevo l'infermiera e ho quindi detto ok, io l'ho accompagnata da loro e ho detto che era venuta per scusarsi. No dipende dall'infermiera.

Quindi c'è una componente caratteriale da parte di operatore/parente che gioca un ruolo.

Le è capitato qualche caso finito in causa legale, non tanto per l'errore quanto per la comunicazione sbagliata?

Le racconto un caso di Pavia. C'era un medico terrorista odiato da tutti. Perché a parte il fatto che era un fannullone. Ma anche perché usciva dalla sala parto dicendo ai parenti, secondo me bisogna fare il cesareo...e se ne andava via... il collega successivo aveva le mani legate...anche se non c'erano gli elementi per cesarizzarla, doveva giocare, tirare sulla propria pelle per arrivare a un parto naturale quando sapeva benissimo che fuori c'erano i parenti con la pistola puntata, perché non fanno cesareo. Si è capitato, era veramente negativo questo personaggio.

Me lo ha già accennato con il discorso del cesareo, ma in generale secondo lei in ostetricia e ginecologia ci sono più richieste di danni? Perché va più sui giornali...?

Perché c'è questo accanimento...?

Molto probabilmente è una questione emotiva...una cosa che la gente non ha capito e che è importante e fondamentale. Qualcuno di noi a livello nazionale o anche mondiale si lamenta se qualcuno muore al pronto soccorso? Ne è addolorato, ma non può lamentarsi a meno che non è abbandonato lì. Se arriva un'urgenza o emergenza è possibile che questa possa condurre il paziente a morire. L'ostetricia è un settore di emergenza/urgenza. C'è il travaglio fisiologico, e c'è quello patologico...certe volte per decidere un intervento piuttosto che un altro abbiamo un minuto...uno, due. Io ho un carissimo amico che è il direttore di medicina legale a Pavia, con il quale ho frequentissimi rapporti per motivi medico-legali...anni fa la prima volta che mi diceva... perché anche lui diceva eh ma non si può fare così... Fabio tu questa cosa qui l'hai letta, riletta, noi abbiamo un minuto per agire...

Ma i pazienti lo sanno?

Non lo sanno, e no, e quello il problema, non lo sanno

La medicina viene percepita come rischiosa?

Viene percepito come rischioso il fatto che i medici non siano preparati come vogliono i pazienti. Le cito un altro esempio capitato a me. Una paziente dopo due-tre mesi, dopo l'intervento fatto è venuta da me e mi ha detto: "ho capito la gravità di quello che mi è successo grazie al caso visto in televisione". Quindi nonostante io le abbia spiegato tutto, non sono riuscita a farle capire la gravità della sua situazione. Adesso le spiego. Taglio cesareo, terzo taglio cesareo. Primo taglio cesareo, il bambino era piccolo, è stato fatto qua, morto, deceduto. Secondo taglio a Parma, più si fanno i cesarei più frequentemente la placenta si attacca in modo sbagliato in basso (diventa previa), più tagli cesarei si fanno più la placenta penetra nella muscolatura dell'utero. Per cui molte volte il cesareo finisce con la rimozione dell'utero. Cosa che la gente non sa, non è informata. Allora quella mattina, terzo taglio, placenta previa, trasfusione, lo sapevamo... ho anticipato alle sette e mezza un intervento parallelo in modo tale che io potessi partire per convegno a Cremona. Mentre mi slavo due dei miei, i più anziani, una dottoressa con anzianità di 40 anni, hanno iniziato a fare il cesareo, esco dalla sala operatoria, la presala è unica e mi chiamano per andare a vedere sta cosa qua. Loro non sapevano dove mettere le mani. La placenta aveva perforato l'utero ed era finita in vescica, abbiamo estratto il bambino, abbiamo cercato di salvare l'utero, abbiamo fatto l'emostasi farmacologica. Dalle otto alle sedici in sala operatoria, però sono uscito dopo aver ceduto e aver tolto l'utero alla donna. Stessa situazione si è verificata al sud in una casa di cura. Micidiale. Quando tu hai un caso patologico grave, devi andare al policlinico, non in casa di cura. Questa ha fatto una roba come 27-30 paste di sangue. Casa di cura se ne danno una è

forse tanto. Per cui quando hai casi patologici devi risolverli...io in casa di cura a Milano, sono mica matto a prendermi queste situazioni, le mando a Pavia. La signora al sud è morta per dissanguamento, è finita in televisione. Arriva da me la mia paziente e dice... ho capito cosa mi è successo...

Il cesareo non è una panacea.

Il paziente ha subito un danno. La presa in carico come avviene. Interviene lei, andando a parlare con gli operatori?

I miei hanno l'obbligo di avvertirmi, o da soli o in presenza - dipende dal caso - del medico che era presente all'evento andiamo tutti e due e cerco di parlare io...insomma.

In questo caso è stato lei a chiamare il traumatologo?

Sì sì, adesso non ricordo, l'equipe diciamo

Il fatto di avere avuto una serie di medici a disposizione può essere un approccio positivo...subito è stato detto ai genitori che cosa si poteva fare per il dito...questa cosa viene fatta sempre, la ritiene una cosa positiva, o che si può aspettare...?

Lei deve dare l'idea che il paziente o l'utente non senta non pensi di essere abbandonato isolato. Deve avere la sensazione che la struttura lo stia proteggendo, lo sta aiutando insomma. Capito? Quindi non deve sentirsi abbandonato e se per caso avesse questa reazione...questo è il problema...non bisogna far nascere la reazione di sfiducia nell'utente, perché se no non la recupera più, qualsiasi cosa si dica lui la prende come una presa in giro, capito? E' importantissima sta cosa qua, ecco perché bisogna intervenire...

Un altro esempio...io ho avuto al policlinico, come direttore generale una persona che gestiva queste situazioni in una maniera fantastica, quando succedeva qualcosa di importante o negativa, lui come direttore sanitario, sa cosa faceva? Convocava la stampa nel giro di mezz'ora...prima voleva sapere cosa fosse successo poi convocava la stampa... la notizia usciva come voleva lui...e il giorno dopo non ne usciva un'altra. Preveniva la notizia.

Con onestà...

No, con onestà, è ovvio, no no... però una notizia un po' edulcorata...non poteva uscire la notizia mi hanno ammazzato la moglie...è ovvio usciva la notizia...placenta previa centrale...purtroppo è morta...oppure embolia amniotica, non c'è stato niente da fare, è morta in due minuti...tu fai uscire la notizia così, cosa può dire il parente...non può dire più niente. Uno va in tv, cosa dice il parente...Quindi...

In questo caso l'errore è evidente ma ci sono casi in cui uno va a casa pensa, medita e alla fine...

Uhhh ci sono tanti vicini, amici etc...fai così...poi questo è un terreno...poi adesso le dico un pensiero mio che è soggettivo. Però secondo me la popolazione di qui è una popolazione rissosa...terribile. Non fanno in tempo a scendere che vanno dagli avvocati. Poi c'è un passaparola.

Si è rotto un rapporto di fiducia

No no qui è così, no no. È proprio il territorio. E poi c'è il passaparola che è molto frequente nelle persone extracomunitarie. Le faccio un esempio.

Qui c'è una presenza notevole di ecuadoregni e sud America che sono qui e fanno lavori umili, allora io mi ricordo questo caso perché...io ho l'armadio pieno di casi...questo qui per esempio era uno dei primi che mi era successo e ho detto alla direzione sanitaria di non andare incontro a questa richiesta perché non ne saremmo più usciti. Donna di 98 chili, di 55-60 anni, un utero grosso così, fibromatoso. E' stata operata da uno dei miei, l'incisione è stata longitudinale ombelico-pubica. Questa fa la donna di servizio, Questa dopo un mese e mezzo due, chiede risarcimento danni all'ospedale, all'ospedale ha mandato tramite avvocato una richiesta di relazione, quando l'ho letta mi sono cadute le braccia. Questa voleva essere risarcita, l'avvocato ha fatto una richiesta economica perché non riusciva più a scopare per terra perché le tirava la sutura. Non fatemi vedere sta roba qui perché mi fanno incazzare come una bestia. Poi c'è il passaparola, se qui fate così. Se un punto non va bene c'è la richiesta danni. Bisogna assolutamente fermare questa emorragia, anche economica, di disinformazione. Gli avvocati hanno da guadagnare perché penso abbiano una % su ciò che prende la paziente.

Per lei è disinformazione?

No, è lo sfruttamento della situazione.

Ma in alcuni casi...può essere che il medico non si accorga di commettere un errore, il cittadino poi si accorge, genera sfiducia. Può innescarsi questo processo.

Come fa a non accorgersi di un errore? Può essere per esempio che uno dimentica un batuffolo in addome, però c'è l'equipe, c'è la ferrista che deve controllare i batuffoli. Se ci sono tutti uno chiude.

Come gestirebbe questo evento? Dopo un anno la paziente si accorge che i suoi malesseri sono dovuti alla garza...come ci si comporta?

Bisogna parlare con la paziente. Dopo quello che è successo qua noi abbiamo attuato delle misure. Adesso nei cesarei uno tiene le gambe e le braccia e la ferrista taglia il cordone con una forbice diversa. In questo caso il bambino si è mosso ed è partita la falange. Adesso per la storia delle garze, c'è la conta delle garze. Entrano dieci garze ne devono uscire dieci, non

nove. Non si sveglia la paziente e si cerca la garza, se non la si trova...Altro esempio. Se non si trova la garza si chiama la radiologia che viene con l'apparecchio, le garze hanno una striscia radio opaca per cui si vede.

Adesso le faccio questo esempio troppo bello, in 15 gg me ne sono capitati due.

Noi facciamo interventi in laparoscopia dove si usano strumenti larghi 5 mm - 10 mm e le forbicine sono piccolissime. Hanno una lunghezza di 1 cm, larghezza 2 mm.

- mi mostra lo strumento in questione -

Noi ci rivolgiamo a una ditta tedesca e questa è... una punta, non è una punta è un piattellino, se lei ne ha un altro questo coagula, è una pinza che è un coagulatore. Si è rotto qua. Cosa è successo. Uno fa una laparoscopia non vuoi che si rompa sta punta. Lei immagini metri di anse intestinali dove va dentro una roba del genere. Come fa a trovarla? E' impossibile, chiamano la radiologia e non vedono sta roba piccola, non c'è, non c'è...non c'è. (ripetuto x volte).

Svegliano la paziente, non c'è. Io non c'ero mi informano il gg dopo, ragazzi facciamo una tac, non possiamo mica... e non avevamo ancora detto niente alla paziente. Facciamo una tac e questo aggeggio era sotto alla milza. Per prendere questo non è facile perché se lei mette le mani in addome il semplice movimento per mettere la mano, lei sposta questo aggeggio qui. Non lo trova mica. Ci sono dei trucchi, noi vedevamo sul monitor radiologico, allora io ho messo una pinza qua così e mettendo dentro la mano lo seguivo...e sono riuscito a toglierlo. Ovviamente l'intervento dato che ero qua ho dovuto aprirla così. Dopo un mese arriva la richiesta di danno.

Ma perché secondo lei?

Perché vogliono essere pagati, vogliono i soldi.

Non era meglio dirlo e risarcirla? O secondo lei non doveva essere risarcita...?

Ma glielo abbiamo detto...era corretto risarcirla...

Perché allora è scattata la causa? Nel caso del bambino con il dito...

Lì era evidentissimo, ma qui era qualcosa di tecnico della ditta, l'assicurazione dice che è stata la ditta a darvi uno strumento inutilizzabile...allora siamo andati a vedere lo strumento quando è stato acquistato, ma non è la data di acquisto ma l'utilizzo. Se lo acquisto un anno prima e lo uso dieci volte al gg, in un anno lo faccio fuori ma se io lo acquisto 10 anni prima e lo uso una volta l'anno, lo uso meno...

Tanto è vero che ho detto a questa ditta se c'era la modalità di verificare l'usura dello strumento e loro mi hanno detto di no. Adesso se dovesse succedere di nuovo siamo ancora da capo.

Quindi anche internamente all'ospedale c'erano dei problemi...per questo la signora ha fatto causa. Il succo è... come si arriva alla causa?

Si arriva alla causa perché la donna entrata con tre taglietti ne è uscita con un taglio così.

Ma nel caso del bambino non si è arrivati alla causa, con un danno evidente.

Il danno era evidente perché noi ci sentivamo colpevole. Lì non ci sentivamo colpevoli, il medico come fa a sentirsi colpevole? Era lì che operava ma non è stata colpa sua se si è rotto lo strumento...

Quindi qui è più complicato perché c'era un terzo elemento...

La ditta, secondo me era la ditta, tant'è che questo caso l'ho portato a una conferenza medico-legale e ho spiegato le cose. Vado avanti, non vuoi che 15 gg dopo succede la stessa cosa a me con una pinza simile. Uguale, però anziché finire nella milza mi era caduta in basso e per me è stato facile entrare con la pinza ed estrarlo. E' stato facilissimo. Allora, nella descrizione dell'intervento io ho scritto cosa era successo (ma non ho fatto nessun taglio), la signora in questione mi ha citato in tribunale, con lo stesso giudice. Per cui nel giro di qualche mese il giudice mi ha interrogato su entrambi i casi. Ci dà torto perché abbiamo aperto così, ci dà torto perché l'abbiamo trovata subito, mi dica lei cosa dobbiamo fare la terza volta...poi non è più capitato nulla però lui si è messo a ridere, se devo andare in tribunale comunque! Ma il problema è la paziente. Se io non l'avessi scritto in cartella, la paziente non l'avrebbe nemmeno saputo. Ho ritenuto di aver sbagliato a scriverlo.

Un terzo caso: ipotizziamo che solo il medico o l'operatore abbiano un ruolo. Che cosa spinge quelli del dito a non fare causa e altri a fare causa?

La cultura del paziente. Ho un caso tremendo. Una signora ha avuto una bambina che è nata qui da noi senza cervello, senza la faccia, una malformazione pazzesca, purtroppo il cervelletto era sano quindi respira, il cuore batte. Questa è un mostro. È stata seguita all'esterno da una collega che ha fatto l'ecografia, noi non c'entravamo e questa coppia non ha fatto nulla contro la collega, perché loro dal punto di vista dell'educazione sono ortodossi cattolici quindi qualsiasi cosa gli manda dio lo accettano. Quindi l'educazione. È fondamentale.

Poi lei mi ha detto che sono state cambiate le regole per il taglio del cordone ombelicale. Quanto l'aumento di regole può essere visto come aumento di formalità per cui non si seguono e prevale l'abitudine?

Io non amo, non ci sono tante regole. Ce ne sono poche. Vengono seguite tranquillamente

L'abitudine gioca un ruolo nell'errore. Nel senso che un'azione abituale viene fatta magari con più superficialità?

Dal punto di vista chirurgico è possibile, ma no, magari è più attento uno che inizia piuttosto uno che opera da vent'anni. Chi inizia ha meno esperienza: è più preciso in alcune cose e meno nelle altre. L'esperienza

Questa infermiera?

Era esperta, ma lì c'è stato proprio, mentre si avvicinava al cordone il bambino ha mosso la manina...

[] dopo l'intervista ufficiale

Io sono stato lì dal '99 al 2003, con me da Pavia è arrivato dopo 15-20 giorni un primario chirurgo che si chiama Angelo Rumi. Questo Rumi quando ero a Pavia entrava alle sette al policlinico e usciva alle sette di sera, lui non faceva mai xxx, forse ha visto una paziente in un anno perché si è sempre dedicato alla chirurgia e faceva dei grossi interventi. È arrivato a Como come primario, l'unico dato negativo era una bestia nella comunicazione. Pessimo. Nel giro di 15-20 giorni anche nei rapporti con i colleghi si era scontrato con molte persone. È successo che facendo dei grossi interventi lui inevitabilmente in percentuale in altri ospedali non hanno, se uno fa mille appendicectomie è difficile che abbia un decesso, ma se lui faceva 50 interventi che nessuno faceva e grossi, è possibile avere 2-3 decessi. Peccato che il suo atteggiamento era, ehm, non attirava simpatie. Poi, quando uno diventa primario in una zona che non è la sua non è che gli mettono i tappeti rossi...glieli mettono ma ci sono le botole sotto. Tu entri in un territorio non tuo dove c'è comunque un capo banda, che ritiene comunque di essere stato danneggiato dal tuo arrivo quindi lui e i tuoi amici non ti rendono la vita facile. È successo a me a Como e a me qua. Quindi il primario che va in una sede o che comunque è la sua, non crederà mica di trovare rose e fiori. Deve andare con il coltello tra i denti. Come è andata a finire? Nel 20 eh... lì è stato terribile, 2002, dopo tre anni, con le televisioni lì, mi dica lei se questa cosa non è stata preparata, è stato ripreso mentre andavano i poliziotti ad ammanettarlo. Ma dai, ma dai, ma non esiste. Non esiste. Perché le dico questo, perché giocano tanti fattori, l'educazione di una persona, l'informazione, il carattere, tantissime cose. Ma non si può ammanettare uno e dopo 4-7 anni gli danno ragione perché il fatto non sussiste. Quindi tanti fattori possono portare a questo risultato e tanti fattori sono le componenti umane che gestiscono il caso. Se io ho un'amministrazione che non capisce che il caso deve essere gestito in un certo modo, sei morto, finito. Vai sui giornali.

Quindi tutta la struttura deve essere compatta

Compatta. Quando succedono questi casi non è che io voglio fare il padrone del xxx, però io davanti a tutti lo dico in riunione tutte le mattine, questo caso lo gestisco io, qui dentro in quella camera lì non ci va più dentro nessuno perché è sufficiente che entri uno e dica “ginecologia virgola” e l’altro dice “punto”, la paziente drizza le antenne e pensa che ci sia qualcosa sotto. Finito. Se invece uno, non io, ma lo stesso che deve entrare e deve parlare con la paziente, allora sa cosa ha detto. Non ci possono essere fraintendimenti. Un’unica persona che parli. In questo caso sono io ovviamente. Ma deve essere compatta la cosa.

INTERVISTA NUMERO 3

Mi racconti come sono andati gli eventi quindi iniziamo con il racconto degli eventi per come gli ha visti lei, vissuti lei

Ovviamente non essendo io direttamente interessata non sono stata coinvolta immediatamente. Ho appreso dell’evento qualche giorno dopo l’accaduto. Tutto il meccanismo aziendale si era già messo in moto in parte spontaneamente in parte dalla direzione. Per cui io sono stata informata dal direttore dell’accadimento, quindi non come avviene di norma per l’attivazione della funzione della mediazione di norma avviene attraverso la segnalazione scritta di un reclamo piuttosto che di una richiesta di risarcimento, piuttosto che ...parte prevalentemente dal cittadino con una segnalazione scritta.

Solitamente è il paziente che ...

Che segnala, solitamente all’URP o al Tribunale dei diritti del malato che poi scrive all’azienda o direttamente alla direzione. Comunque arriva una segnalazione scritta. Si fa una valutazione rispetto a chi deve gestire questa segnalazione e se rientra tra i criteri che noi utilizziamo perché la segnalazione venga indirizzata alla mediazione viene passata a me per cui si attiva la mediazione del conflitto. In questo caso invece, essendo stato gestito in modo diretto e immediato, non c’è stato il passaggio di segnalazione scritta, ma c’è stato un intervento immediato e diretto. A me è stata segnalata questa cosa: è successo questo evento in questa unità operativa. Noi (direzione) abbiamo già fatto delle cose per cui... l’operatore interessato per quanto sconvolto e disperato per ciò che era accaduto si è presentato e scusato ai genitori del bimbo. Si è assunto la responsabilità, ha riconosciuto questo momento di mal practise. Tutta l’unità operativa aveva parlato con il papà del bimbo e la direzione sanitaria era intervenuta immediatamente. Si era fatto quadrato intorno a queste persone, si era chiamato il consulente traumatologo. C’era stata una reazione immediata intorno a questo piccolino. Il direttore mi ha chiamato, forse potrebbe valere la pena che provasse a sentire queste persone,

non lasciarle proprio sole. Per cui sono andata in reparto, mi sono presentata, non tanto come mediatore ma come counselor. Ho offerto loro un ascolto, cioè la possibilità di parlare un po', come stavano, come stavano vivendo questo momento. Ovviamente insomma, per quanto persone assolutamente equilibrate e molto poco aggressive, insomma, c'era un netto contrasto tra la gioia di avere il bambino sano, però il bambino io ricordo che ce l'avevano vicino nella cullina, con la manina steccata, c'era un po' questa contraddizione. Ho chiesto se avevano piacere, una volta tornati a casa, gli ho dato la possibilità di scegliere senza stargli addosso, se avete desiderio possiamo attivare il percorso di ascolto e mediazione. Ho spiegato loro il setting e la mediazione prevede una serie di uno o più incontri separati per poi valutare la possibilità di fare un incontro tra le varie parti per trovare una diciamo una nuova modalità di relazionarsi, non un accordo, quindi in qualche modo salire di livello. Francamente ero un po' scettica sul fatto che avessero poi chiamato loro. Io non li avrei ricontattati perché volevo che fosse una scelta. Dopo qualche giorno che erano tornati a casa mi hanno chiamato e mi hanno detto che erano disponibili a venire...la mediazione funziona in genere noi siamo in due che ascoltano per cui ho organizzato un incontro, gli abbiamo invitati e ascoltati. Parallelamente a questa situazione abbiamo organizzato la stessa cosa con l'operatore. Quindi è stato ascoltato separatamente operatore e loro. L'unica cosa che non siamo riusciti a fare è ascoltare i due genitori separati. Il nostro modello di mediazione prevede l'ascolto individuale di solito, qui non ce l'abbiamo fatta a separarli. Loro sono venuti e si sono presentati insieme, di solito lo diciamo che li ascoltiamo separatamente marito e moglie, secondo me, ma è una mia lettura, è stata un'opportunità in meno. Loro hanno voluto essere ascoltati in due, ha facilitato il nostro ascolto perché loro erano molto attenti a non dire cose che potessero far dispiacere all'altro. Anche rispetto alle proprie ansie e ai propri dispiaceri erano molto delicati e attenti a non lasciarsi andare fino in fondo perché c'era quasi una protezione reciproca. La mia percezione è che se fossimo riusciti ad ascoltarli separatamente forse saremmo riusciti a toccare alcuni punti che forse non siamo riusciti a toccare e quindi a bonificare tutti gli aspetti legati a questo evento. L'ascolto è andato molto bene perché loro non erano aggressivi ma ragionevoli. Probabilmente questa attenzione, questa presa in carico fatta in maniera così coesa non li aveva fatti sentire soli. C'era tutta la disponibilità per cui la rabbia non veniva assolutamente fuori, non in maniera evidente. Fatto l'ascolto con loro, abbiamo ascoltato l'operatore. Non ricordo se uno o due con lei. Era molto, il livello di tensione era molto alto, c'era un dispiacere grandissimo. Le abbiamo offerto un supporto in uno spazio riservato non giudicante le sue emozioni e i suoi sentimenti e soprattutto la difficoltà anche a gestire una mancanza, un errore accaduto anche dopo tanti anni di servizio assolutamente impeccabile a

sua discrezione. Comunque una persona rigorosa per cui questa cosa insomma dal racconto veniva fuori in maniera forte. Come è potuto accadere a me una cosa di questo genere. Questo aspetto è stato faticoso per lei da gestire. Dopo un po' parallelamente l'azienda aveva gestito la valutazione dell'eventuale risarcimento e quindi abbiamo cercato di andare con la mediazione di pari passo in modo da non lasciare mai scoperte queste persone. Se da un parte venivano contattate dal medico legale o dal risk management per la valutazione del danno, dall'altra parte noi procedevamo con gli ascolti in modo da supporto l'aspetto più emozionale e più critico della mediazione. Queste due cose sono state assolutamente concordanti tanto che nello stesso giorno è stata fatta la mediazione ossia l'incontro con l'operatore e la famiglia e insieme anche la conciliazione, chiusura dell'aspetto economico, del risarcimento. Si è chiuso nello stesso momento.

Quale è stato secondo lei il nodo, l'elemento fondamentale per far sì che i genitori non avessero un desiderio di fare causa o di rivalsa?

Questo è molto difficile perché noi li avevamo anche contatti successivamente per un incontro post mediazione che poi non c'è stato per cui poi non abbiamo insistito oltre misura anche se loro sono sempre stati di una cordialità e gentilezza incredibile. Cosa abbia contribuito a questo io in realtà non lo so. È molto difficile pensare che ci sia un elemento che abbia una correlazione diretta, sono stati una serie di cofattori. Sicuramente il fatto che in maniera coesa si sia fatta squadra.

Cioè le persone non si sono sentite da sole in un momento di difficoltà. E la squadra non era solo clinica. Non era solo il traumatologo ma c'erano tutti, la direzione, l'ascolto, la medicina legale. Nessuno ha nascosto le proprie responsabilità ma è stato dato un supporto, e quindi l'aiuto, la presa in carico... che significa presa in carico? Qui è stato dato un aiuto reale: noi proviamo a vedere perché è successo e offriamo ciò che possiamo offrire in questo momento. Quindi la valutazione del bimbo, le medicazioni, la valutazione della possibilità di un intervento successivo, eccetera. Nello stesso tempo la possibilità di avere un risarcimento immediato e non ultima la possibilità di sanare questa frattura emotiva sia al cittadino ma anche all'operatore che deve poi tornare a lavorare.

Lei però ha detto che la mediazione è una cosa facoltativa che viene proposta ed è stata accettata giorni dopo il rientro a casa, quindi comunque ci deve essere già una disponibilità dei genitori ad appianare le cose. Se fosse stata subito una tensione, la mediazione sarebbe stata più difficile..?

Farla accettare come strumento, di solito quando la proponiamo non è che riusciamo a farla solo nelle persone ben disposte, la proponiamo e riusciamo a farla anche con livelli di conflittualità molto alta. Avremmo utilizzato strategie e modalità differenti.

Un esempio di crisi andata male, che cosa non ha funzionato?

Lei per crisi intende una situazione molto complessa...

Una situazione con un errore

Dove non siamo riusciti a raggiungere lo stesso risultato?

Esatto

La mancanza della squadra, una situazione in cui sono state fatte le stesse cose ma non nello stesso modo: tempi più lunghi, a pezzi, non in modo coordinato: non era un pezzettino di un puzzle coordinato, era un pezzettino di un puzzle per suo conto.

Riesce a farmi un esempio senza nomi

Allora vediamo cosa mi viene in mente. Può essere [riflessione] una situazione in cui era coinvolto un medico di base, in cui la persona indicata...però qui il paziente era deceduto, quindi c'è stata una situazione attivata dopo dal figlio. Quindi non è analoga a questa. Una situazione analoga ma non ancora conclusa ma sovrapponibile, dove avremmo potuto usare la stessa modalità perché il danno...c'è, ma non è stata attivata immediatamente la squadra per cui il clinico ha lavorato per suo conto, il consulente ha lavorato per suo conto...dopo un po' è arrivata la richiesta di segnalazione per cui è stata attivata la mediazione, contattata la famiglia, recuperare la documentazione e rimettere insieme i pezzi perché era passato un po' di tempo...

Il tempo gioca un ruolo...

Assolutamente, il tempo nella gestione della crisi è determinante a mio avviso.

La figura dell'operatore. In questo caso l'infermiera si è scusata. In una crisi gestita male quali sono le due diverse figure di operatore.

La difficoltà a fare questo passaggio, la difficoltà a ...io qui non so se in realtà la focalizzazione sull'operatore che si scusa e quello che non si scusa. No, no, non credo che sia questo. L'operatore può anche non sentirselo. Come gioco di squadra mi riferisco al sistema. La famiglia non va alla ricerca di quello che ha provocato, ma ha bisogno di qualcuno che gli offra qualcosa, che saturi qualche cosa, poi se dopo arriva anche quello che dice guardi purtroppo è capitato... perché lì in quel caso questa situazione è andata bene perché le persone non erano aggressive. Se ci fossimo trovati di fronte a una situazione con una famiglia con un livello di aggressività più alta è meglio se l'operatore aspetti un po', questo è il mio parere.

Quindi secondo lei l'intervento dell'operatore non è determinante.

Va valutato caso per caso, forse lì la mediazione può aiutare perché serve per descalare la rabbia prima dell'uno poi dell'altro, riporta a una situazione di neutralità emotiva, allora si possono far incontrare, se il livello di rabbia è molto alto allora insomma, è come fornire l'operatore in pasto. Non ha un grande senso. In questo caso lei si è sentita di farlo e loro hanno accolto bene la cosa. Ma questo comportamento non può essere preso come modalità standard. Mentre credo che sia determinante l'azienda che è presente. La direzione, il direttore, gli strumenti...

La prima figura che deve intervenire?

Sicuramente il direttore, la direzione sanitaria. In questo caso mi occupo anche di rischio clinico, quindi le figure ci sono tutte e poi si valuta ovviamente di volta in volta come gli strumenti che abbiamo possano essere utilizzati, l'importante è utilizzarli tutti. Non possiamo dire...altrimenti renderemmo le situazioni non uniche ma sovrapponibili.

Seguendo questo schema abbiamo visto il tipo di crisi, l'operatore, e poi prima mi parlava del paziente. Il paziente non aggressivo ha aiutato in questo caso a una conclusione positiva. In altri casi...

Mi viene in mente un'altra situazione gestita di recente nella quale non c'è stato danno, in quel caso l'operatore si è reso immediatamente disponibile a scusarsi, però non era da solo, c'era il medico e sono intervenuta io come mediatore subito. Per cui l'incontro anche con i famigliari è avvenuto SUBITO in mia presenza, subito però. All'inizio non era nemmeno previsto, dovevo incontrare solo il paziente...seduta stante ho usato la mediazione come strumento a disposizione di quel sistema. E ha funzionato, nel senso che ha abbassato l'atteggiamento di rabbia e aggressività di scrivere ai giornali e rendere pubblica la cosa. Si è ridimensionato con un impegno e una lettera alla direzione.

In questo caso il paziente com'era?

Il paziente stava bene, era solo spaventato

Intendo caratterialmente

Erano i famigliari che erano...il paziente non aveva compreso cosa era accaduto.

E appunto il carattere gioca un ruolo...

Su come poter utilizzare gli strumenti a disposizione. Certo questo sì. Non il paziente in sé ma come si sviluppa la relazione

Una cosa sull'operatore, successivamente ha avuto uno o due incontri con l'operatore. Può la crisi essere un'occasione per migliorare alcune pratiche..

Sì assolutamente in questo caso la crisi ha prodotto un cambiamento di procedure, la modifica di alcune procedure nella pratica, addirittura il cambio di uno strumento. Nell'operatore.. ha prodotto probabilmente bo' forse una maggiore attenzione, una maggiore riflessione...

La mediazione con l'operatore è utile per...

E' utile per far incontrare il paziente se entrambi lo desiderano

L'incontro diretto è auspicato però...

È auspicato se è utile, se lo desiderano, se c'è stata una buona deescalation della rabbia e della aggressività altrimenti non si riesce a farli incontrare perché non si va su un nuovo livello di comunicazione. Se tutti questi elementi ci sono è buona cosa che avvenga perché permette di chiarirsi direttamente con l'aiuto del mediatore, per cui di riconoscersi e vedere degli aspetti reciproci che non sono offuscati dal filtro totalizzante dell'evento di crisi, vale a dire, l'evento crisi mi fa vedere solo l'operatore che ha sbagliato e un paziente danneggiato forse rompiscatole o molto esigente. Tolto questo filtro della rabbia, della paura, degli aspetti emotivi posso vedere l'operatore che forse ha sbagliato ma che è anche un bravo operatore, che sta molto male, che farebbe qualsiasi cosa per rimediare a quel danno e non avrebbe voluto trovarsi in quella situazione e l'operatore può vedere che cosa è accaduta in quella persona, quali sono i suoi sentimenti, come sta vivendo quella cosa e questo serve per rimettere la situazione in equilibrio.

In questo caso l'operatore era un'infermiera, giusto? Nella sua esperienza ha notato differenze tra figure professionali diverse, come medico e infermiera, negli elementi che causano la crisi. C'è una differenza di comportamento?

Noi in realtà in mediazione vediamo prevalentemente situazioni in cui i medici sono interlocutori, almeno ancora per un po', nel senso che nell'opinione pubblica difficilmente chi fa un reclamo identifica l'infermiera piuttosto che il tecnico, deve essere un evento diretto, altrimenti il concetto del sistema è il medico. Quindi per questo motivo noi vediamo più medici rispetto agli altri operatori, per cui è difficile fare un confronto.

Le caratteristiche comuni dei medici che le è capitato di vedere...

Le caratteristiche comuni sono quelle che le persone come dire [silenzio]

Oppure se c'è un modo per generalizzare l'approccio positivo e negativo. Cosa favorisce un appianarsi della situazione e invece un comportamento emblematico dell'accentuarsi della crisi

Ma sicuramente un atteggiamento favorevole è quello non tanto quello del riconoscere se c'è stato un errore perché non è sempre così facile non è sempre così direttamente accertabile, ma sicuramente l'atteggiamento di attenzione a poter parlare e ascoltare il cittadino tende ad

abbassare la tensione. Quando, non subito se c'è aggressività alta, l'utilizzo della mediazione è uno strumento valido perché abbassa il livello di rabbia e il conflitto porta gli interlocutori a trovare un momento comune di comunicazione. Vale a dire: se entrambi rimangono sulle proprie posizioni il medico non esce dal suo ruolo quindi difende la sua posizione professionale, è il lavoro che ha scelto e per cui ha giurato. È una difesa allo stremo. Il cittadino difende invece la posizione opposta. La mediazione ha questa funzione, aiutando le persone a scendere dal livello logico e a uscire dai rispettivi ruoli perché solo così si ascoltano le ragioni dell'altro. Forse così il medico può provare a spiegare le sue motivazioni, cliniche e terapeutiche, ma non in difesa della sua professione, in funzione di ciò che l'altro ha bisogno di ascoltare e sentirsi dire, perché il cittadino non è laureato in medicina, per cui ciò che ha bisogno di sentirsi dire è ciò che capisce e comprende. Non vuole dei numeri che lo irritano ulteriormente. La funzione del mediatore è anche di avvicinare questi due linguaggi. Per fare questo bisogna uscire dall'ambito in cui si è creata la situazione di crisi, prima è utile la squadra, poi la mediazione va fatta fuori.

In questo caso invece nel paziente qual è la caratteristica che ha giocato un ruolo fondamentale?

Sicuramente il loro carattere ha giocato un ruolo. Erano persone assolutamente miti e ragionevoli. Dove ciò che appariva in termini di percezione era che questo bambino rappresentava di più di ciò che era accaduto. Avere questo bambino comunque sano superava di gran lunga il valore di questo evento accaduto. La loro non aggressività, ragionevolezza, concretezza ha sicuramente favorito.

In generale nei casi che ha affrontato è vero che esiste una percentuale maggiore di crisi in campo ginecologico?

Mah guardi, non ... diciamo che il campo ginecologico può essere sovrapponibile come frequenza alle attività di urgenza non programmate. Tutte le situazioni di pronto soccorso, traumatologia, ginecologia, ostetricia...perché sono situazioni con un livello di emotività molto alta. In pronto soccorso e traumatologia perché gli eventi sono improvvisi, in ginecologia e ostetricia perché c'è già di per sé un'emotività alta per gli eventi: la nascita, uno si aspetta che nasca un bambino sano. Qualsiasi cosa che vada a turbare questo sogno diventa un evento vissuto in maniera anche molto ridondante perché ci sono aspettative molto alte in termini di attenzioni, cure, riservatezza e privacy e le emozioni che girano sono alte. Le situazioni avvengono in tempi molto stretti. Qui è coinvolto la mamma, il bambino, i genitori, le aspettative, ciò che si è costruito.

La figura del mediatore, in quali casi, quali caratteristiche generali del mediatore che riesce a condurre bene e male.

Il mediatore deve essere una figura professionalmente connotata. Deve essere un grande esperto di comunicazione e gestione della relazione. Non può essere uno che improvvisa. Il mediatore non è quello che mette d'accordo. Ho letto su molti curriculum competenze mediative. Il mediatore ha una formazione specifica e la competenza viene mantenuta, non è che si impara e poi non lo si fa più. È come dire che la mediazione familiare la improvvisa perché è un bravo genitore. No. Il mediatore familiare è un esperto che sa gestire il processo di mediazione. La mediazione è un processo e quindi bisogna saper stare dentro la gestione di un conflitto e avere quindi tutti gli elementi teorici esperienziali e di supervisione per poter sempre pronti alla xxx.

Il mediatore gioca in un campo non dico neutro, la neutralità insomma, le teorie sono tante, ma sicuramente di equidistanza che non è semplice.

Campo neutro però comunque ...

La neutralità è un po' complesso come valore assoluto perché siamo dipendenti dall'azienda, dire a un cittadino: io sono neutro. Quello ti guarda e ride. Io dico che preferisco più che parlare di neutralità io mi pongo in modo equidistante dalle due posizioni.

Come se la comunicazione fosse ... conto terzi..

Perfetto, esattamente. E questo non è facilissimo. Noi giochiamo con le emozioni. Lavoriamo sulla parte più con le emozioni, soprattutto nell'ascolto, per dare un nome alle emozioni, per rispecchiarle, trovarle una collocazione, depositarle, rivederle, guardarle in faccia. È sempre molto rischioso perché ci si può schierare dalla parte dell'azienda in quanto operatori e dalla parte dell'operatore in quanto tale e dalla parte dei cittadini perché siamo persone e anche noi cittadini.

Sensibilmente ci può arrivare di più il vissuto del cittadino che è sempre molto forte. Questo aspetto è molto delicato e importante da tenere a bada. Si cerca di lavorare in due per questo così c'è una supervisione reciproca tra mediatori e alleggerisce il lavoro da una parte. Lo alleggerisce quando c'è una sintonia perfetta tra mediatori. È il mio punto di vista. È determinante perché se non c'è sintonia sul metodo, perché ognuno ha la sua modalità di condurre il colloquio. Il rischio è che si vada su direzioni differenti nella gestione della relazione se non si segue la stessa onda. Per cui si rischia di disorientare e non arrivare all'obiettivo di deescalare il conflitto.

La medicina in generale, secondo lei quanto il fatto che i cittadini in caso di errore si sentano in pericolo o comunque decidano di fare causa, quanto è dovuto al fatto che la medicina è percepita come scienza esatta?

E' molto difficile da fare come valutazione. C'è stato proprio un cambiamento epistemologico di cos'è la scienza di cos'è la certezza della scienza, ma questo il cittadino non se lo pone, il cittadino ci vive dentro questo cambiamento. Sicuramente ha delle esigenze più alte, ha un'aspettativa più alta rispetto alla sua salute.

Non è solo il cittadino che ha cambiato il modo di percepire la sua salute...a me tutto questo mi sembra naturale...io non mi meraviglio del fatto che il cittadino reclami, lo trovo un passaggio fisiologico, come trovo fisiologico che ora troviamo delle modalità diverse da quelle di prima per gestire questi aspetti che sono nuovi della gestione delle relazioni anche in ambito sanitario

Ma quanto viene detto al cittadino che c'è il rischio? È giusto che reclami ma gli viene detto che c'è un rischio?

Questo forse è una parte che forse nei prossimi anni sono sicura che le agenzie, la sanità ecc. ... chi deve pensare, io credo che questa roba sarà la parte che manca da esplorare e ricostruire. Cioè a fronte di un periodo lunghissimo di medicina intesa come scienza perfetta dove chi aveva la titolarità di questa cosa era il professionista, per cui il cittadino si affidava e punto, siamo passati a una autodeterminazione del cittadino molto forte, in cui il cittadino chiede e reclama e vuole sapere, e io dico giustamente. Ciò che manca ora è ricostruire una legittimazione forte dell'operatore, che si sente debole e attaccato da tutti i reclami, invece bisogna aiutarlo a comprendere che questa sarà la normalità. Così come sono legittimato a reclamare alla coop se compro la confezione di prosciutto e non era come era descritta, e quando vado a reclamare me la cambiano senza dire "ba", non si capisce perché uno che mette a disposizione degli altri il proprio corpo e la propria salute non possa chiedere di conto di ciò che gli è stato fatto, perché e non possa dire la sua. Ci dobbiamo abituare a questa negoziazione. Gli operatori vanno aiutati a fare questo. E se fanno questo nulla viene tolto alla loro professionalità, anzi forse viene rinforzata e dall'altra parte deve essere fatto un lavoro di "ri-acculturamento" del cittadino rispetto a quelle che sono le cose sulle quali è vero che possono esigere, ma forse bisogna informarli meglio perché adesso l'informazione la prendono ovunque. Un po' di più del consenso informato. Adesso l'informazione del cittadino è internet e la televisione. Io parlo proprio di una cultura, di una educazione alla salute e a ciò che è salute. Questo sarà lo sviluppo normale dei prossimi anni, complesso, ma normale. Sta

nelle cose. Magari l'operatore individualmente che vive a contatto con l'operatività si sente attaccato, in realtà è semplicemente cambiato il modello sociale.

Ritornando al nostro caso, lei mi ha detto che il gioco di squadra è il punto forte. Se non ci fosse stata la mediazione, secondo lei come sarebbe andata?

La gestione era stata fatta, probabilmente sarebbero rimaste non pacificate e lasciate alla gestione individuale tutti gli aspetti emotivi sia all'operatore sia alla famiglia. L'operatore sarebbe rimasto come quello che...nel lavoro che ho fatto a distanza all'operatore sulla ricaduta e su cosa aveva rappresentato per lei il fatto di essere rientrata nel percorso di mediazione, tra le altre cose che aveva detto, tra le quali la possibilità di non essere giudicata e di avere uno spazio dove fare una riflessione, era stata una frase che mi era rimasta impressa, nella quale aveva descritto l'ascolto come un cappotto. Da una parte l'azienda mi chiedeva ogni giorno di relazionare e di scrivere rapporti, come sotto inchiesta, però dall'altra parte mi offriva anche un cappotto caldo.

Questa descrizione credo che dia l'idea a che cosa possa servire. Ristorare.

Trasforma la crisi in opportunità per l'operatore di migliorarsi. La punizione non funziona.

Non funziona anche perché la ferita lasciata da un evento come questo ha comunque degli strascichi come l'insicurezza, può capitare ancora ecc.. si possono mettere tutti questi sentimenti in un contenitore che è offerto in maniera riservata fuori dall'unità operativa da persone terze, quindi non è il collega, ma si è ascoltati e accettati per quello che si sta dicendo. È un aspetto ristorativi non da poco.

Questo servizio viene attivato sempre?

Viene attivato sempre tutte le volte che possiamo

Deve esserci accordo

Deve esserci accordo e ovviamente cerchiamo di farlo tutte le volte che riteniamo che questa cosa possa avere una utilità come dire concreta per bloccare l'evoluzione della crisi verso il maxi conflitto, cioè verso una degenerazione comunicativa all'esterno che va a ledere l'immagine complessiva.

Vi viene segnalato l'evento avverso..

Con l'attuale sistema essendo questo collegato al sistema di segnalazione di evento avverso in termine di incident reporting, quindi proprio di segnalazione dell'evento è molto più facile che noi interveniamo in questo modo.

Devono essere d'accordo operatore e parte lesa.

Certo però nel momento in cui si è lì e si è lì subito è più facile. È più complessa la gestione della relazione conflittuale, ma è più facile creare l'aggancio perché si è lì e le persone si vedono

Come mai questo caso vi è stato comunicato giorni dopo?

Non ricordo, forse non c'ero. Giorni dopo significa forse il giorno dopo. Questo è stato un parto naturale...

No no era un cesareo. Stanno dentro 3 giorni? Per cui loro erano ancora dentro quindi forse il giorno dopo.

In contemporanea con altre figure come il traumatologo?

Successivamente ma immediatamente dopo.

[] accensione del registratore dopo l'intervista ufficiale.

Nel qui ed ora scatta l'aspetto professionale per cui diventano tecnici, si mettono sulle difensive, per cui bisogna riportarli a insomma un passo indietro e anche nella formazione questa cosa è evidentissima. Le infermiere sono in livello di stress e tensione pazzesco, riescono a entrare nel ruolo formativo e ad apprendere appieno. Quando il corso sta finendo loro cominciano a goderselo. Invece i 27 primari che ho avuto loro dopo la prima ora in cui hanno cercato di capire la competenza di chi avevano davanti, se ci si poteva fidare se era una cosa utile, quando lo hanno capito, hanno divorato il corso, in maniera meno emozionale e più utilitaristica.

Lo stress a cui sono sottoposti gli infermieri li rende anche più capaci di ascoltare i pazienti?

Sono più abituati ma hanno meno strumenti perché sono talmente impregnati, diventano delle spugne. Assorbono talmente tanto che la capacità e la disponibilità iniziale viene resa vana dalla quantità di emozioni che incontrano dalla mole di lavoro e dai pochi strumenti tecnici che hanno, competenze relazioni acquisite.

Il medico?

Il medico pensa che questa roba non serva, lui sa già come fare a relazionarsi. Adesso cominciano a cambiare questo atteggiamento. Sono più disponibili a pensare.. portati in mediazione hanno potuto vedere quanto potesse avvicinare un po' alle richieste del cittadino che voleva solo capire. Quanto questo gli si stato di utilità, più del ruolo rigido assunto in reparto nel dare una risposta clinica attenta al linguaggio. Bisogna stare attenti e avere competenza.

Il caso dell'ascensore?

Non ne so nulla, è stato gestito senza mediazione. Non so nemmeno se sia andato bene o male.

A me non è arrivato

Perché?

Perché lo avevano già gestito.

INTERVISTA NUMERO 4

Int. 4: per chiarire devo dirle quello che è successo rispetto all'evento in toto o il mio coinvolgimento?

I: Quello che lei sa, cioè la ricostruzione dell'evento secondo quello che lei sa, tutto quello che è successo prima, dopo e quello che riguarda anche lei. La ricostruzione dell'evento che lei riesce a farmi.

Per ricostruire la cosa le spiego che io al momento dell'accaduto non lavoravo a livello ospedaliero ma a livello consultoriale. Ero il coordinatore dei consultori sul distretto urbano, però avevo una posizione organizzativa sullo sviluppo professionale di tutto il personale ostetrico dell'azienda, il mio coinvolgimento è stato di tipo consultivo, tecnico rispetto ad alcune attività relative ad alcuni step assistenziali che si rivolgevano all'accaduto. Per come mi è stato presentato il fatto, è stato un fatto rarissimo insomma che non si era mai presentato prima e che non si è mai più presentato dopo sicuramente nella nostra realtà, ma non credo che sia un evento particolarmente frequente. È stato di un notevole impatto psicologico secondo me per tutti i coinvolti e probabilmente in modo particolare per l'infermiera, in questo caso un'infermiera e non ostetrica perché solitamente strumentano le infermiere nel caso di tagli cesarei, a meno che non siano in emergenza o urgenza. Presumibilmente quello che io ho dedotto da il racconto degli eventi accaduti perché non essendo io in prima persona non posso certo riferire quando ho visto, ma solo quanto ho dedotto da racconti e documentazione. Badi bene non racconti di corridoio, ma racconti relativi al risk management in un ottica già di gestione dell'accaduto per cui attendibili da questo punto di vista. Nel momento del clampaggio del cordone e recisione del cordone, l'infermiera ha reciso insieme congiuntamente al cordone anche l'ultima falange del ditino e per altro probabilmente non accorgendosene. La cosa è stata vista in un momento immediatamente successivo, cioè durante il trasporto del bambino avvolto nei teli verso xxx neonatale. Sulle motivazioni, sul chiedersi come sia potuto succedere e la fase dopo come si fa per far sì che non succeda più l'analisi è partita rispetto a "mah, quello che facciamo e che abitualmente facciamo è regolare, giusto, normale?". È qui è partito il mio coinvolgimento come responsabile della professione ostetrica, di solito sono le ostetriche che hanno un know how particolare sulle metodiche della recisione del cordone e i rischi annessi alla recisione del cordone.

Sulle dinamiche dopo l'evento, chi ha parlato con chi. Lei sa ricostruirmi più o meno come è andata?

Nell'immediato gli step precisi no, perché il mio coinvolgimento è stato superiore in termini di tempo.

La prima persona con cui ha parlato?

Il direttore, che mi ha presentato il caso e la situazione e mi ha chiesto specifiche sulla partita recisione del cordone ombelicale. Lo step successivo è stato quello di incaricarmi di prendere informazioni di valutare i set per esempio chirurgici delle cassette da parto, nella fattispecie le forbici poi adottate per la recisione del cordone. Cioè occuparmi in termini consultivi di una proposta per gestire un non ripetersi di questo evento. Abbiamo poi quindi stilato una procedura su questo momento relativo alla recisione nel taglio cesareo e abbiamo poi proceduto a una sostituzione di ferri chirurgici, nella fattispecie abbiamo sostituito delle forbici specifiche, perché esistono forbici più sicure tra virgolette, nel senso che sono proprio delle forbici particolari, sono rotonde e non hanno propaggini che escono dal cordone. Però questo passaggio è iniziato con una consultazione del tipo "come fate voi per recidere il cordone".

Quindi il suo intervento è stato tecnico e consultivo dopo l'evento?

tecnico e consultivo..

Lei ha parlato anche con altre persone coinvolte o solo con il direttore sanitario?

Ho parlato con D. e con B., con la quale ho fatto una ricerca bibliografica, o consultando anche altre colleghe rispetto a Modena piuttosto che il Santa Maria Nuova, confrontando i "set", chiedendo se...

B. è un'ostetrica?

No, è un'infermiera e all'epoca lavorava in direzione assistenziale. È proprio un'infermiera che ha fatto come dire una parte manuale di ricerca bibliografica sulle procedure relative al taglio cesareo

Con l'infermiera coinvolta non ha mai parlato? Nemmeno con i genitori?

Io personalmente no, all'epoca nell'ambito consultoriale non ho avuto modo di relazionarmi direttamente con i coinvolti. Il mio è stato un ruolo più tecnico e di elaborazione di soluzioni a posteriori.

Adesso si usa il protocollo nuovo?

Sì, quello che avevamo poi valutato erano alcune modalità che coinvolgevano anche un agire medico su come si proponeva il bambino allo strumentista nel momento in cui si optava per recidere, la posizione delle mani di tutti che devono essere a protezione di tutto quello che sta

intorno al cordone sostanzialmente. Per noi ostetriche è qualcosa che ti insegnano da piccolini perché i bambini si muovono subito dopo la nascita, ovviamente tutti speriamo che si muovano. Ti insegnano a come prendere in mano il cordone e contemporaneamente badare che questi movimenti non sfuggano nel momento in cui recidi, ecco fa parte di un know how che cresce con te e che esperisci mentre fai assistenza ai parti

Il fatto che lo faccia un'infermiera e non un'ostetrica?

Nella prassi spesso nelle sale operatorie le ostetriche sono comunque gestite da personale infermieristico. È probabile che questo tipo di sapere per loro sia più difficile gestirlo perché non ce l'hanno dentro da "piccoline", è chiaro che un'ostetrica che strumentata sul cesareo va poi in automatico su alcune manualità. Ovvio: se ha un'esperienza di sala parto.

L'automatismo non aumenta il rischio di errore?

Nel senso che non lo deve imparare, c'era già. Non come azione riflessa incondizionata. Intendevo questo, come passaggio di saperi.

Quindi avete steso una nuova procedura, cambiato gli strumenti. Questa nuova procedura ha più regole da seguire?

Delle attenzioni. Intanto lo strumento che viene usato è "meno rischioso" perché non lascia punte più lunghe rispetto al diametro del cordone che possono includere altro.

Poi l'attenzione che ovviamente è – come succede in questi casi – esplosa dopo, sull'aver la possibilità con l'altra mano di tenere fermi gli arti, soprattutto i superiori, quelli più vicini e con le braccia tenere gli arti inferiori lontani dal campo in cui tu devi agire. L'altra manualità inclusa in questa procedura è "come si tiene in mano il cordone clampato con i due cocker." Quello che noi diciamo nell'educazione alle ostetriche è proprio il fatto che includono anche come gesto elegante nel recidere il cordone è avere in mano il cordone e i due cocker che lo campano con una sola mano, mai volanti, devi averli in mano.

E l'atto di tagliare deve avvenire nel palmo di questa mano. Ok? Quindi automaticamente proteggi o evidenzi subito qual è il campo d'azione dello strumento forbice. Abbiamo messo in fila queste cose. Poi, fermo restando che non è facile governare tutte le situazioni, i cesarei a volte sono fatti in emergenza, di corsa, l'operatore che sta al feto può avere l'abitudine di non tenerlo in modo orizzontale ma verticalmente. Sono tante le componenti che siamo andati a studiare, a verificare...

Visto che appunto lei si è occupata di una procedura, non so se ha avuto modo di studiarne altre, ma secondo lei quanto viene visto formalismo in una serie di regole piuttosto che sostanza. Se io le do due regole sono due regole, se gliene do 33 magari è solo forma.

Pensa possa esserci questo problema?

Dipende secondo me dalla valenza che dai al significato procedurale. Credo che non sia così semplice rispondere a questa domanda. È vero che c'è questo rischio, però anche qui è un dipende, dipende dal significato che tu dai al governare quei passi. Io credo. Poi è molto probabile che il riferirti a quella procedura con l'implementazione di una certa attenzione e di una certa concatenazione di attività che tu fai, soprattutto nell'ambito della strumentazione di un intervento che prevede step che impari, utilizzo di ferri che ti vengono dati, e quelli devi usare, sia più semplice. Mi viene da dire che possa essere più soggetto a questo tipo di difficoltà un agire più legato alla diagnostica che non legato al trattamento. Nell'ambito in cui io devo fare delle scelte che passano attraverso inevitabilmente una personalizzazione.

In questo caso lei dice: i ferri sono questi, le manovre sono queste, non si scappa. Non c'è possibilità di interpretazione?

La possibilità c'è sempre, però diciamo che quando tu non leggi xxx, o ci sono delle motivazioni tali per cui non si poteva proprio agire o subentra quella scelta che l'operatore decide di fare, che a volte è un adeguarsi perché non c'è solo lo strumentista, ma anche l'operatore e l'aiuto. Per cui è un concerto di tre figure, ecco. Qui stiamo parlando dell'agire dello strumentista, che va molto...

Quindi le tre figure sono lo strumentista...

Il primo e il secondo operatore, generalmente due ginecologi, nella fattispecie.

Quindi c'erano due ginecologi. Secondo lei, anche se non ha visto lo svolgersi dell'evento critico, quali sono stati i momenti che hanno abbassato e alzato la tensione in questo caso specifico. Non so se sia riuscita a capire quali possano essere stati questi elementi.

Rispetto ai pazienti...

Questo caso si è concluso bene, i genitori non hanno fatto causa e la crisi è stata gestita bene. Non so se lei da esterna sia riuscita a farsi un'idea degli elementi che hanno abbassato la crisi o quelli che avrebbero potuto aumentare la tensione dei genitori.

Mah io penso, è un'idea...io penso che molto si possa essere giocato nel momento della prima comunicazione. Non posso dirle in modo oggettivo in questo caso, al di là di come si è concluso perché poi ci può anche essere tutta un'arte del recupero. Però nella mia esperienza di tipo ostetrico mi sono fatta l'idea che un momento particolarmente delicato è proprio il primo, quando è comunicato, probabilmente l'averlo comunicato, l'averlo comunicato in tempi coerenti, coerenti nel senso che ... stiamo parlando di evento che avviene in una sala operatoria dove non c'è il pubblico, non ci sono i parenti dentro quindi è un momento che tu

gestisci comunque a distanza di qualche minuto piuttosto che un intervallo di tempo congruo anche perché poi c'è stata la gestione terapeutica delle conseguenze dell'atto. Io credo questo, poi, sicuramente credo anche un'ottima modalità di relazione che probabilmente ha saputo – è un'idea che mi sono fatta e che mi sono costruita pensando a tutte le volte che io mi sono trovata a gestire delle cose negative nel mio lavoro – dalla più banale alla più seria pensiamo al lutto, alle morti endo-uterine per parlare di cose pesanti in termini di comunicazione. La capacità forse di essere preparati ad assorbire una lecita e giusta reazione di un evento di questo genere che accadeva su un neonato che nell'immaginario è la cosa più indifesa e più da proteggere e tutelare. Quindi probabilmente il momento della comunicazione è stato adattato a tutte quelle che potevano essere le reazioni dei famigliari, del padre e della madre. Io credo questo. Quello lì è un momento secondo me clou, fondamentale

Prima stava dicendo di alcune sue esperienze, le andrebbe di raccontare un esempio di crisi, uno andato male e uno andato bene, con una conclusione positiva, senza ovviamente fare nomi o entrare nei dettagli, a cui lei ha assistito o ha preso parte.

Quando lei dice andato bene o male, intende che si entra o meno in un conflitto medico legale, intende questo?

Sì, indipendentemente dall'entità del danno che dipende probabilmente dalla percezione.

Devo riflettere sull'andato male, nel senso che personalmente come me come professionista coinvolto nell'azione in realtà di andati male non ne annovero. Di andati bene un po' di più, nel senso che le cose si sono fermate lì dove si dovevano fermare. Penso per esempio a un caso molto complesso di morte endouterina del feto, quindi un ingresso di una signora che è entrata per mef, seguita e presa in carico dall'ospedale quindi vista più volte con apparentemente nessun tipo di problema, la quale si presenta a un controllo stabilito dove invece non riusciamo a rilevare il battito e il bimbo era morto. 39 settimane quindi praticamente a termine, un bellissimo bambino che ricordo ancora di 3,750 kg, quindi un bel bambino. Già queste situazioni di per sé partono in un'ottica molto complicata e difficile da gestire, nella espulsione del feto morto che praticamente diventa un parto a tutti gli effetti con caratteristiche diverse anche come dinamismo delle contrazioni. Si verifica una lacerazione perineale che viene suturata, a posteriori questa donna nel giro di due, tre giorni ancora ricoverata comincia ad avere qualche fastidio e disturbo a livello di riparazione perineale, la sutura si infila, si crea un ematoma, e quindi si deve risuturare, svuotare l'ematoma. Poteva essere qualcosa di evitabile. Probabilmente, in qualche modo. O comunque è stata vissuta inizialmente così, ma partiva da una situazione complicata. Io ho trovato una grande

disponibilità sia da parte di chi si è trovato nei vari turni a praticare l'assistenza al parto e poi a praticare ricostruzioni. E ho trovato una grande disponibilità da parte di questa coppia ad accettare anche questa complicazione che può essere banale, o di impatto assolutamente inferiore se tu hai a casa un bambino che sta bene e piange, decisamente sembra una crudeltà del destino difficilmente accettabile in una situazione dove tu non hai nessun tipo di consolazione, anzi continui a rimaneggiare là dove in questo momento si vorrebbe proprio chiudere. Io mi sarei aspettata che questa coppia tra virgolette dimostrasse una sorta di critica ufficiale all'operato perché psicologicamente ci stava e invece questa cosa non è accaduta. È anche vero che abbiamo accompagnato molto questa mamma e questo papà. Molto. Abbiamo come dire dedicato molto tempo a loro.

Quindi il fatto di non abbandonare il paziente può essere visto come un elemento...

Il fatto di aver tenuto molto bene in considerazione che questo, perché talvolta succede, perché allora si usava il filo in catgut, mi ricordo, certe intolleranze al riassorbimento dei fili possono succedere lo sappiamo tutti. Il diavolo fa le pentole e non i coperchi, è accaduto lì, dove era meglio che non accadesse. Però sicuramente lo stare accanto alle persone è riuscito a governare quello che forse è stato un istinto che magari hanno potuto avere che però non hanno mai esplicitato

Però in questo caso non si tratta di un vero e proprio errore da parte di un operatore, era evitabile ma non prevedibile forse.

Mah, avrebbero potuto chiedersi come mai l'ematoma non sia stato diagnosticato prima

Quindi c'era un ritardo nella diagnosi?

Poteva essere, poteva esserci un quadro di questo genere. Per cui poi è subentrata febbre. Sono conseguenze dove per carità in linea di massima le persone non muoiono però avrebbe potuto essere sicuramente gestito prima, però anche lì, sul perché a donne che hanno questo tipo di vissuto cerchi di evitare controlli ossessivi e continui, anche la conduzione sapendo bene che stanno elaborando il loro lutto non è semplicissima, anche soltanto sulla esplorazione vaginale per intenderci, probabilmente può esserci stato un occhio in meno che un occhio in più non per pigrizia, ma per un'eccessiva attenzione. Però sarebbe stato lecito dire perché dopo 5 giorni vediamo un ematoma e non lo vediamo prima?

Però questa cosa non è esordita in nessun tipo di conflitto, mentre ce li aveva tutti i precedenti per poterlo essere.

Può essere anche una questione caratteriale del paziente? Il fatto di non...

Io credo di sì. Anzi ne sono molto convinta.

Diceva che crisi andate male, nelle quali i pazienti o i familiari sono andati in causa non se ne ricorda?

Non dove io agivo direttamente. Perché io in questo caso mi consideravo parte in causa perché nei controlli dopo il parto sono capitata in turno e quindi anche io non ho visto quello che forse bisognava vedere. Questa è la mia inclusione come possibile attore diretto. Invece come attore diretto fortunatamente no.

Nemmeno in modo indiretto, non si ricorda un caso? Gestito male, in cui è mancato qualche elemento...

[silenzio]

Oppure in modo più generico se riesce a immaginare le caratteristiche di un operatore in grado di acuire la tensione. Quali sono quegli elementi che acuiscono la tensione?

Ah di questo ho un'idea ben precisa. Sì assolutamente, no pensavo che la domanda fosse proprio relativa a un caso.

Sì era relativa, ma se non gli viene in mente niente in questo ospedale, allora può dirmi qualcosa di più generico.

Perché da quando sono qui in questo che è un punto nascita di secondo livello, quindi con una gestione delle patologie più alto che non rispetto agli ospedali dove io operavo come ostetrica, turnista, che era un primo livello, effettivamente capita di più perché ci sono più problemi da gestire. Io penso, se la domanda è "qual è la componente che acuisce" ...

Sì in generale gli elementi ... era più facile magari con un esempio era per quello che appunto volevo sapere se aveva in mente un esempio di crisi andata male, però se ha un'idea ben precisa di crisi generica

Mah io credo che una cosa fondamentale che accade e che questo ci riporta a ciò che dicevo prima sul primo momento della comunicazione, è fondamentale. La modalità di porsi nel comunicare qualcosa suscita, quella componente caratteriale che può essere diversa nelle persone, una reazione. L'altro fattore che complica questa cosa è sicuramente il trovarsi davanti persone che dicono cose diverse. E che quindi probabilmente confondono le reazioni di chi vive una situazione negativa. Questo accade spesso. Cose diverse

Perché può accadere una cosa del genere. Se l'evento è uno, come si arriva a dire cose diverse?

Oppure a dire cose diverse oppure ad avere anche atteggiamenti legati alla mimica facciale che esprimono qualcosa che si vorrebbe dire, ma che è meglio non dire. Frasi troncate, perché magari ti rendi conto che stai andando su un terreno che è meglio non calpestare. Quelle scatenano il dubbio la curiosità di capire di più. E il sospetto che tu abbia subito un torto e non

aver vissuto il tuo destino, che possono essere come dire i due tronconi da cui partono reazioni diverse. Di quanto uno accetta quello che capita.

Anche il fatto che la medicina non sia ...

Una scienza esatta. Ormai siamo molto lontani da questo assunto comune. È una cosa che ci diciamo noi tecnici, ma che gli utenti non percepiscono più come una regola.

Non percependolo più però dovrebbero accettare l'errore e invece non lo accettano, lo accettano sempre meno.

Non lo accettano perché non considerano il fatto che la medicina non sia una scienza esatta, è una scienza esatta e non deve sbagliare mai.

Mentre il discorso dovrebbe essere, la medicina non è una scienza esatta, chi cura non dovrebbe sbagliare mai o soprattutto dovrebbe fare del suo meglio. Quando le persone percepiscono che gli altri fanno del loro meglio, di solito si attenuano le tensioni. Però devono avere l'impressione che la gente faccia del suo meglio.

Quindi deve esserci un atteggiamento ...

Un atteggiamento che fa sentire sulla pelle delle persone questa cosa. E sull'esprimere pareri diversi, discordanti o non esattamente coincidenti, disorienta molto i pazienti. Questo è un altro..

Come si arriva a questa ...

Questa è una fantastica domanda sulle discordanze. Bada bene che uno dice bianco e l'altro dice nero. Sono la percezione di alcune piccole sfumature di grigio per intenderci, che il paziente in quel momento come una spugna assorbe e amplifica.

Un esempio? Se le viene in mente...

Aborto tardivo. Se immaginiamo il lutto di una gravidanza a termine, anche l'aborto tardivo, magari su un figlio cercato e desiderato, è parimenti un lutto importante. Difficile da accettare se ti dicono che sta andando tutto bene. Impossibile. Questo è l'atteggiamento generale impossibile che accada una roba del genere. Ci deve essere stata una motivazione che qualcuno non ha visto. Questo è l'assunto tipico da parte della coppia che vive una roba di questo genere. Ricovero in ospedale, paziente seguita per tutti questi 5 mesi da un professionista privato che lavora nella struttura. Due, tre giorni di ricovero si avvicendano turni, turni di guardia, giro visita con persone diverse. Frasi tipo, non so, si sfoglia la cartella: "e accidenti, chissà forse, se avessimo fatto... - no se avessimo fatto - se si fosse fatto qui un accertamento, forse un'eco qui."

Davanti alla paziente? Si insinua il dubbio nella paziente

Certo. E queste sono cose non intenzionali, di cui talvolta non ci si rende proprio conto che magari si sta parlando, magari anche a bassa voce, ricordo questo perché lo ricordo come evento. Su quel aver captato quella frase lì, si è aperto una diatriba.

Su quella frase, solo su quella frase.

Da lì è nato il dubbio, voglio la fotocopia della cartella, voglio capire se la mia gravidanza è stata seguita bene, ma quando io ho detto che mi faceva male la pancia questo giorno, vado da un perito ... eccetera...

Altri colleghi non sono intervenuti in nessun modo per calmare o per diminuire le tensioni?

No ma perché queste cose magari non esplodono subito. Non esplodono subito. Anche perché questo fa parte delle famose componenti caratteriali. Quando si è a casa con il tuo lutto che non accetti, allora ti viene in mente tutto, ricostruisci tutto il tuo vissuto dell'ingresso, dell'arrivo, chi ti ha visitato, chi c'era, le parole che tornano alla mente. Soprattutto perché oggi effettivamente non si accetta più, per quanto riguarda il campo della nascita, il fallimento. E a volte è un fallimento biologico.

Ostetricia e ginecologia sono abbastanza prese di mira. Per questo motivo...

C'è un'aspettativa che è cambiata, oggi le donne fanno figli a un'età decisamente più matura di un tempo. Scegliendo il momento, magari dopo il percorso di studi, dopo aver trovato il lavoro giusto. Dopo aver incasellato una serie di cose. Quindi lo progetto, generalmente quasi a tavolino o a orologio, cavolo succede qualcosa...può essere? A me? Subentra questo tipo di atteggiamento che fa parte dei tempi che stiamo vivendo, di un aspetto culturale, di un rapporto anche con l'evento naturale che esiste, che esiste, un po' deformato. Ecco che su questa base è chiaro che anche uno sguardo può avere una grossa importanza.

Secondo lei quanto la crisi può essere un'occasione, e quanto invece solo un errore da riparare, senza essere un'occasione per migliorarsi...

Io credo che siano cambiati gli approcci rispetto a questa domanda negli ultimi vent'anni. Perché prima era una cosa di cui si parlava generalmente in termini di sfortuna. Era più facile governarla, mentre invece effettivamente negli ultimi vent'anni c'è stata un'acutizzazione della reazione al conflitto da parte del paziente. Una volta assorbivano di più, oggi assorbono quasi nulla. Il termine assorbire, badi bene, non che... se uno ha subito un torto lo ha subito, ed è giusto che..., intendiamoci bene. Però il sentirlo come torto è cambiato in questi anni, negli ultimi decenni. E credo che sia anche giusto e un bene. Io ritengo che ultimamente dalla crisi nasca ormai quasi sempre un momento di riflessione, il problema è come sfruttare questo momento di riflessione, perché la riflessione nasce perché obbligatoriamente la prima cosa

che i professionisti sentono è l'immediato rischio di complicanza medico legale, tu ci convivi con questa cosa ed è diventato molto difficile lavorare. Perché questa ossessione che hai dietro non ti facilita la scelta terapeutica o assistenziale. Non te la facilita, te la complica. Ti fa perdere un pochino quella che è secondo me una grandissima risorsa che è anche l'acume diagnostico. Però i tempi sono questi, difficile è riuscire a mettere tutti a tavolino e analizzarlo tutti insieme questo fatto. Perché oggi a me, domani a te. E quindi dovrebbe essere il leit motiv comune per prendere positivamente l'occasione, che altrimenti è solo una cosa negativa e possibilmente da dimenticare con l'atteggiamento del micio, prenderla come un'occasione positiva e fare un ragionamento collettivo, ognuno nel suo pezzettino e nella capacità di poter trarre – non dico insegnamento, perché trarre insegnamenti da cose di questo genere, sono due verbi che forse non stanno – ma elaborarli e quindi far crescere. Però è cambiato, siamo più vicini a questo tipo di comportamenti. La difficoltà proprio è trovare il momento e far capire che quello che accade a tizio, deve essere utile per caio e per sempronio, insomma.

Secondo lei nel caso del ditino è stato così? Si è arrivati a una riflessione e a usare questa riflessione?

Secondo me sì.

Attraverso magari anche il cambiamento di procedure...

Il pensarci e soprattutto quando ci pensi fuori da una diatriba medico-legale, e ci pensi, davanti a delle vittime sacrosantamente vittime, senza ombra di dubbio vittime, questo è un caso dove non ci sono mica dubbi. Ti dà quella opportunità di riflettere davvero. Sulla tua gestualità di routine, su "mamma mia chissà quante altre volte sarebbe potuto capitare e non è capitato..." Io penso di sì.

Come mai in questo caso lei non ha parlato con l'infermiera, o non avete fatto un discorso a tavolino?

Perché io in quel momento non facevo parte di questo team assistenziale. Il mio ruolo è stato un ruolo consultivo come responsabile ostetriche sulle procedure di tipo ostetriche e questa è una procedura di tipo ostetrica, non di tipo infermieristico.

Però come responsabile ostetrica, l'infermiera poteva essere una sua sottoposta?

Non afferiva a me

In questo caso l'infermiera ha direttamente parlato con i genitori, se non erro.

Ma per quel che so io più di una volta, tant'è che se non mi sbaglio credo che sia anche andata al battesimo di questo bambino.

Secondo lei il rapporto diretto tra operatore e parte lesa, quanto può essere utile alla tensione?

Bella domanda. Io sono dell'avviso, però non so se è oggettivo. Perché secondo me dipende molto dal mestiere che faccio, io sono ostetrica e il mio mestiere è proprio quello di sostenere le persone durante un viaggio, che solitamente è positivo, costellato da momenti negativi, perché il dolore di per sé è un momento negativo, banalmente. E nel nostro esercizio di rapporto c'è proprio questa abilità, o la devi sviluppare, perché diventa importante. Ultimamente questa cosa si chiama sostegno strutturato, sostegno attivo, che è quello di saper star vicino alla persona, in questo caso la donna che deve partorire, conservando tutta una sfera della sua autonomia, della sua capacità di affrontare, perché di fatto è così, le donne sono capaci di far nascere i loro bambini. Il tuo ruolo dovrebbe essere quello di stare vicino e pronto se...Ecco questo tipo di atteggiamento ti mette sempre in una relazione diretta, per cui ci sei tu ed eri tu, non un altro. Quindi ci sei tu a rispondere dell'immediato. Del fatto che banalmente non è vero che le contrazioni non fanno, ma dai che manca poco e invece passano altre sette ore. È un lavoro basato sul far digerire delle cose che non sono piacevoli. Quindi siamo in un rapporto diretto mi viene da dire, per me. Più tu ci sei lì e più sei lì nel bene e nel male, anche quando ti morsicano, perché non sopportano, piuttosto che...più hai la capacità di modificarle certe cose. L'interposta persona non la vedo tanto, di istinto non mi risulta un ottimo metodo. Secondo me il rapporto diretto tra chi è stato causa o si suppone che sia causa di qualcosa...

Qualsiasi sia il suo ruolo? Medico, infermiera...

Secondo me sì. Cioè il suo ruolo, in relazione all'oggetto di cui si sta parlando, eh?

Sì in questo caso l'infermiera perché lei ha sbagliato, nel caso fosse stato un medico, era giusto ugualmente?

Assolutamente sì. Secondo me sì. Certo, se è pronto alle reazioni, eh? Se tu hai un rapporto diretto devi capire che, e assorbire, quella che è la reazione di uno che ha subito un ipotetico danno.

Ok, non ho altre domande...

Mi spiace non essere stata efficace sul discorso del rapporto tra l'infermiera e...però non avevo modo di essere più presente nel caso specifico

Comunque la ricostruzione è soggettiva comunque, chi viene intervistato ha la sua ricostruzione. Quindi sì, cioè...

Io penso che sia stato molto importante il primo ... non so, non ricordo chi ha comunicato per primo, chi ...in questo momento non ricordo, perché volutamente non sono andata a ripassare il caso che conservo nei miei...ho fatto anche un esame di gestione del rischio alla specialistica,

ma volutamente non sono andata a guardarlo, magari ti depista rispetto ad alcune domande che immaginavo non fossero la consecutio temporum delle cose che sono agli atti.

No be', è proprio vedere appunto come le varie figure ricostruiscono il caso, quali sono le persone coinvolte secondo lei...o secondo gli altri.

Io sono sincera quando mi hanno avvisato di quello che era successo e mi hanno richiesto di fare questa indagine in cui davo un contributo tecnico, non immaginavo che la cosa andasse a finire così positivamente.

Non lo immaginava? Per l'evento in sé?

No, per l'evento in sé. Immaginavo che comunque si andasse a finire male, per male anche se la cosa non era di fatto un danno - noi in ostetricia siamo abituati ad avere a che fare con problemi tipo la morte, gravi danni di neurolesioni, ecco - però ero convinta che la cosa non si chiudesse bene. Che non fosse tanto tollerabile.

Perché?

Ero dell'idea che con una cosa così palese chiunque affondasse il coltello. Su come viviamo in questi ultimi tempi le cose...per cui ho dedotto che effettivamente anche il primo incontro deve essere stato fatto molto bene.

Ecco volevo capire da lei che cosa secondo lei ha fatto sì che andasse bene?

Già da subito deve essere stata presentata questa nuova realtà all'uscita della sala operatoria, bene. Per bene intendo in un modo appropriato alla situazione.

Lei si è fatta questa idea, nel momento in cui ha visto che le cose si stavano concludendo bene, la prima cosa che le è venuta in mente è che ci sia stato una buona comunicazione all'inizio.

Anche all'inizio, poi naturalmente è stata tenuta sotto controllo questa cosa, perché la signora è stata ricoverata per qualche giorno. Quindi probabilmente non si sono verificate le cose di cui abbiamo parlato prima, cioè comunicazioni strane, verbali strani, dissonanze. È stata senz'altro gestita bene nel continuo, ma credo anche che sia partita bene. Bene nel contesto.

Quindi non ha pensato a fortuna o al carattere dei genitori del bambino.

Alla fortuna no, diciamo che una buona conduzione può essere stata aiutata da caratteri almeno due (mamma e papà) particolari. Non voglio usare il termine persone intelligenti, non è quello in questo caso, forse persone tolleranti verso la vita in genere, quindi senz'altro con la base caratteriale positiva, indipendentemente dalle loro reazioni iniziale di sconforto, pianto e insulto. Ce le metto dentro tutte. Assolutamente lecite. Poi è come tu elabori e macini le cose, il tuo carattere, la tua personalità presumo. Questo avrà senz'altro facilitato, io penso che lì si sia riusciti ad agire bene. Mi permetto anche di dire riusciti perché talvolta si creano anche delle

condizioni che ostacolano, nonostante tu cerchi di mettere in pista delle cose, banalmente e accidentalmente una vicina di letto che, mentre tu cerchi di fare un minimo di counseling, ti butta lì 4 o 5 cose che distruggono ciò che hai fatto.

Ovvio il counseling in questo caso non va fatto al letto del paziente, ma parlo magari di quelli che possono essere stati gli impatti con il personale del nido, con l'ostetrica nelle fasi di allattamento, nei giorni di ricovero, che quindi sto bambino e lì, ce l'hai in mano e quindi...tante cose che probabilmente sono riuscite ad essere fatte bene, ecco.

INTERVISTA NUMERO 5

INTERVISTATRICE: Come lei ricostruisce quello che è successo. Chi le ha detto che cosa, come, quali sono state le persone che hanno interagito con lei nel momento in cui è successo il fatto.

Ho fatto l'epidurale, ero sveglia, sentivo i dottori chiacchierare e poi a un certo punto non ho più sentito parlare. Ho sentito il bambino piangere. Poi non ho sentito più il bambino. Sentivo tutti che bisbigliavano. È venuta vicino l'infermiera e ha detto "non si preoccupi è andato tutto bene, adesso le portano il bambino" Da un'amica sapevo che l'avrei visto subito (il bambino) come nel parto naturale e invece niente.

Mi hanno tolto dal letto della sala operatoria e mi hanno messo in una stanza da sola e intanto veniva l'infermiera o l'ostetrica e comunque con le lacrime agli occhi e io continuavo a chiederle se il bambino stesse bene. "Si si lo dobbiamo pulire". Questa signora mi accarezzava, mi tranquillizzava però lo vedevo che lei era agitata e li ho incominciato a pensarne di ogni perché chiedevo e mi dicevano "no tutto bene, adesso glielo portano". Io non avevo l'orologio ma il tempo passava e io non sapevo niente. Sarà passata più di un'ora e io ancora non sapevo niente poi è entrato mio marito e mi ha detto "il bambino sta bene, c'è stato un piccolo problema. Dietro a lui c'erano vari medici tra cui penso il direttore, non ricordo, 3,4 medici. E mi hanno detto che nel tagliare il cordone era stato tagliato il dito di mio figlio. Sinceramente avranno detto "questa qua non è una reazione". Io ne avevo pensate tanto di peggio che non avevo pensato subito al taglio di un pezzo del dito...sta bene, tutto bene. Avevo pensato di peggio, che fosse caduto, che avesse problemi con la nascita...che sinceramente non ho reagito da disperarmi, cosa è successo. Ho mandato giù. È stato un sollievo. Poi mi hanno spiegato che gli hanno tagliato solo un pezzettino di unghia ma sarebbe ricresciuto male e quindi gli hanno tagliato tutta la prima falangina. E niente quando l'ho visto...gli ho detto...Bè portatemi il bambino... stava bene, dormiva, la manina fasciata. Ci pensi dopo, pensi che ha sentito male.

Loro mi hanno assicurato che sono talmente piccole le terminazioni nervose che non aveva sentito tanto male. Non ho reagito proprio male, l'ho presa anche bene. Poi dopo pensandoci. Il bambino con il dito fasciato, ogni settimana portarlo a medicare, quando glielo sfasciavano ... una volta stavo svenendo. Poi piangevo tutte le volte che lo vedevo, anche con il parto sei più sensibile. Poi aveva problemi con il peso, anche forse per gli antibiotici che prendeva. Continuava a calare invece di crescere. Poi però lui mangiava, il dito è guarito bene.

Loro sono stati un po'...l'unica cosa è che quando mi hanno detto del dito...non so chi mi ha detto...non è mica niente, l'unica cosa è che non potrà suonare il pianoforte...l'ha buttata sullo scherzo, però è stato un po', insomma. Io ero apprensiva...il risarcimento, mi hanno detto che veniva valutato poco perché era la mano sx e il dito l'anulare. E infatti mio figlio è mancino. Vanno a punti. Quelli che servono per la presa valgono di più. Mi hanno spiegato tutte i vari punteggi...è sempre stato mancino da subito, però adesso la usa bene, comincia a chiedere, ha quasi 5 anni, io ci scherzo "dai dobbiamo tagliare le unghie, ne hai meno in questa mano".

Spero che anche lui la prenda con filosofia. Spero che non se ne faccia un problema. Siamo stati anche a Reggio a vedere se si poteva far qualcosa, mi hanno detto "guardi se lo accetta così è meglio", una protesi è più brutta da vedere. È in lattice e prende tutto il dito è più brutta da vedere

Nella sua città non le hanno proposto nessuna soluzione?

No, perché ho parlato con il medico di ortopedia, il primario, dice che sono terminazioni talmente piccole in un neonato che è impossibile. Già su un bambino di un anno, hanno tentato di riattaccare il dito, difficile. In effetti il ditino di un bimbo appena nato è piccolissimo, magari avrebbe anche peggiorato.

Questa persona che glielo ha detto è ...

il primario di ortopedia, c'era anche lui quando sono venuti in stanza a dirmelo, infatti dovevo aspettare che arrivasse il medico.. perché non c'era. Infatti si sono domandati xxx però sì, se non succedeva era meglio però...cosa dobbiamo fare, è il destino. Io dico che è il destino, nessuno lo ha fatto apposta. Anche perché quella signora lì che ha tagliato il dito, poverina è venuta a trovarmi nella stanza, se mi arrabbiavo con lei il dito non me lo riattaccava nessuno e anche accanirmi su di te, prendermela con lei...penso che abbia già pagato, per come è rimasta lei, è stata a casa 20 giorni. Insomma anche lei ha dei figli, non c'è rimasta bene. Mi hanno detto che era una delle più brave assistenti in sala operatoria e che stava facendo il doppio turno. Era anche stanca, non so se dare la colpa a lei... poi insomma. Mi ha detto che il bambino è uscito, pieno di vita non stava fermo con le mani. Ma non se n'è accorta nel momento...si è accorta perché ha trovato il pezzettino di dito, quando si accorta le

si è gelato il sangue. Non se ne sono accorti per il dito che sanguinava ma perché hanno trovato il pezzo di dito.

con questa infermiera lei ha parlato subito?

No, no è entrato mio marito con i medici...io lei l'ho vista...assistente...

lei mi ha detto che ha parlato con due infermiere...è sempre la stessa?

Si si è sempre la stessa, nel frattempo che mi hanno dato il bambino... non so secondo me era l'ostetrica...no l'infermiera l'ho vista dopo un paio di giorni che mi era venuta a trovare in stanza. Mi hanno dato la stanza privata per non essere in mezzo agli altri. Ho apprezzato...un po' anche per loro, faceva comodo anche a loro...perché quando sei in stanza con altri arriva altra gente, magari sentono, è una forma più privata .. però anche io da una parte ero contenta così.

Era venuta a trovarmi in stanza con il ginecologo.

Quindi la prima volta dopo qualche gg

Si, perché non se la sentiva lei, mi hanno chiesto prima a me se volevo vederla, io non ho problemi non ce l'ho con lei...lei è venuta piangeva come una disperata, io cosa le devo dire... né io ne mio marito volevamo darle contro. Logico, se non succedeva era meglio.

Ma ha avuto un atteggiamento particolare che ha fatto sì che la sua reazione fosse quella...oppure...

No io non le ho detto niente, come è entrata in stanza, e mi ha guardata è scoppiata in lacrime. Ma io non le ho detto niente, non le avevo ancora detto niente...non è che ce l'avevo con lei.

Se l'infermiera non si fosse fatta vedere...sarebbe stato uguale...?

No, ho apprezzato che sia venuta. L'avrei visto come menefreghista. Si è fatta coraggio perché mettersi nei suoi panni non deve essere stato molto bello, cioè, nel senso che non sai con che faccia affrontare...però ho apprezzato. Se non fosse venuta, l'avrei visto più come un gesto menefreghismo.

E se avesse avuto un carattere più freddo? Il modo in cui si è approcciata è servito?

Si si secondo me averla vista in lacrime...e già lì prima di vederla non ce l'avevo con lei...anche se tutti devi denunciarla, devi fargli lì, devi fargli là, tutti prenditi un avvocato. L'ospedale si è preso subito le sue colpe, non ha detto eh sono cose che succedono, ha preso le sue colpe e ha detto che saremmo stati risarciti. Buttare in ballo una cosa... poi abbiamo sentito un avvocato. Se loro dicono di fare quello che va fatto non conviene accanirsi per qualcosa in più che magari finisce in spese, avvocati, procedure... Io non ne avevo il tempo ne la voglia. Anche avere soldi in tasca. Logico che dovevano pagare per il danno che c'è stato...però da volere di più. Abbiamo fatto controllare anche noi da un medico legale pagato da noi...per vedere se il

risarcimento fosse giusto...lui ha detto che andava bene, anche l'avvocato ha detto che era giusto, nelle leggi. Il risarcimento era giusto.

È questa ha abbassato un po' la tensione...

Si ma...io sinceramente...non c'era tensione. Perché logico se mi dicevano vi vogliono dare meno...ma le cose erano giusto. Cosa devo star lì a esagerare, volere...

Cosa avrebbe potuto farvi arrabbiare?

Il fatto che magari firmi che se succede qualcosa...adesso io non so...perché ti danno dei papiri da firmare...che non stai lì a leggerli tutti, le clausola che ci sono...per cui io non lo so se ho firmato qualcosa...magari potevano dirmi che ho firmato che se succede qualsiasi cosa noi non siamo responsabili...o se dicevano eh sono cose che succedono...allora magari dicevo no, adesso devono pagare.

Il non riconoscimento della colpa avrebbe fatto scattare la tensione...

Logicamente...siccome tutti...denunciala, deve pagare, anche lei. Perché accanirmi su di lei? D'altronde è successo, si se stava più attenta ma devi rovinarle la vita? Non mi sembra il caso...Penso che abbia pagato per come ci è rimasta, è una cosa che non si dimenticherà mai. Almeno io non la dimenticherei mai. Magari se lo ricorda spesso. Poi non l'ho più vista, né sentita. Avevamo gli incontri con gli psicologi io e mio marito, e lei...non so se ci siamo trovati una volta insieme...

È stato un servizio positivo?

Sì, anche perché noi l'abbiamo presa bene, continuare a pensarci non risolve il problema. L'unica è accettare ciò che è successo. Poi ne abbiamo pensate talmente tante che quando mi hanno detto del dito...vabbè...

Io l'avevo fatto tutto, c'era tutto...manca un pezzettino di dito ma per il resto è sano...ne ho sentiti che sono rimasti lesi per il parto

Com'è secondo lei la percezione della medicina dal pto di vista dei pazienti? La medicina viene vista come una scienza certa che non può sbagliare?

Sbagliare è umano, per cui ...però è logico che i medici devono metterci un occhio di più...

Ci si aspetta troppo forse...o sono loro che creano troppe aspettative

E a volte... quando...Non so, è come in tutte le cose, quando ci prendiamo su la mano...poi lo fai un po' così, che sei abituato. Però quando devi stare con le persone devi stare attento a quello che fai. Non come devo mettere i piedini a una sedia...capita quella che zoppica. Una persona...non bisogna mai perdere l'attenzione, anche se una cosa la si fa sempre è logico che tutti sbagliano, che sarebbe impossibile che uno fa sempre tutto giusto. Capita sempre quella

volta che si sbaglia. Però quando poi una cosa diventa troppo ripetitiva allora poi lì c'è qualcosa che non va, nel senso che ci sono sempre casi...

Secondo lei sono tanti i casi?

Io sento quelli in tv. Io so del mio...ne ho sentiti altri. Una ragazza del mio paese che la bambina gliel'hanno...lei dice che è stato con il parto.

Quando c'è veramente l'errore medico? Nel suo caso era chiaro... non c'è un'aspettativa troppo alta e appena succede qualcosa si dà la colpa ai medici...anche se è "natura"?

Magari si cerca...certi casi si dà la colpa al medico per non accettare quello che è destino. È successo così, è nato così o doveva andare così... e si cerca di dare la colpa a qualcuno.

Alla sua amica cosa è successo?

La bambina è nata, aveva problemi e poi ...è morta. Dopo 5-6 mesi dalla nascita ha avuto problemi, epilessia, problemi motori...insomma lei poi è morta per altri problemi che hanno sottovalutato...è morta di polmonite perché non è stata curata bene. È morta a 3 anni. Però aveva già problemi...non parlava era un po' ritardata.

Lei diceva che è stato con il parto, nel tirarla fuori con il forcipe. Non so se sono cose certe o che pensa lei.

Poi non so se è ricorsa...ha fatto denuncia

Il dubbio le è venuto per conoscenze sue, si è informata?

Non lo so, è una conoscenza...

La figura più utile?

Mi sono stati tutti vicino. Io dicevo...si è successo quello che è successo. Non so se sono normalmente così gentili, quindi, non so...con me guai anche con Tommaso...guai con Tommaso...e anche con me molto carini ma non so se per il fatto che è successo o se sono veramente così.

Non ha mai avuto problemi di comunicazione, nemmeno prima dell'evento?

Prima dell'evento non ho avuto... no be' la preparazione, il ginecologo guai, lo conoscevo già, avevo avuto un intervento all'utero...ma anche il primario, ma sono stati gentilissimi anche prima per la preparazione del cesareo. Io gli ho trovati gentili. Essendo stata in stanza da sola, non ho visto come erano con le altre. Io potevo fare entrare in stanza chi volevo, non c'erano orari per me...non so se per quel motivo lì...ero un po' più coccolata delle altre, forse lo fanno per farti sentire meno la tensione, le preoccupazioni per il bambino per farti sentire più tranquilla possibile...perché già dopo il parto sei più sensibile, poi se ti succede qualcosa.

Non c'è stata una figura inutile, che ha peggiorato la situazione?

No, Siamo andati avanti e indietro parecchio per la medicazione al dito...poi lui non mangiava, io avevo il latte ma mi è andato via, io continuavo ad attaccarlo ma non mangiava...o non aveva forza per gli antibiotici...lui è dimagrito ma me lo controllavano sempre anche per la crescita intanto che andavo per le medicazioni.

Il counselor, è stato fondamentale quel servizio? Perché avete partecipato?

Volevo far vedere che io problemi non ne avevo, ne io ne mio marito, ne con l'ospedale ne con l'infermiera. Non eravamo rimasti scioccati. L'unica preoccupazione è che mio figlio stesse bene.

In casi più gravi, secondo lei è utile?

Magari per uno che non parla e non si sfoga, sì... se uno si tiene tutto dentro magari così riesce a parlarne.

Avete visto altri medici?

Quando aveva 2 anni e mezzo siamo andati a Reggio per sentire...non mi ricordo se ce lo aveva consigliato anche il primario. Ci sarà la fase quando andrà a scuola...i bambini...ti fanno notare il difetto e lui magari mi chiederà di poter attaccare il dito...di far qualcosa, però a Reggio ci hanno detto che se lui l'accetta così è meglio. Alcuni hanno il trauma dopo, da adulti o bambini...

Lui per ora lo accetta, quando glielo chiedono dice che si è sbagliato il dottore e mi ha tagliato il ditino.

Torniamo indietro...il rapporto con il medico legale...

Non me lo ricordo neanche...penso bene...ah sì...ora mi ricordo, è venuta anche a casa mia...Greco...ho ancora i numeri sul cellulare.

Nessuna tensione per il fatto che fosse il medico dell'ospedale?

o, anche perché loro hanno detto che eravamo liberissimi di sentire un nostro medico legale e anche un avvocato e questo noi l'abbiamo fatto. Ci hanno che era tutto nella norma, giusto, l'abbiamo accettato. L'unica cosa che io ho fatto presente è che mio figlio avrebbe potuto essere mancino...eh si però... è mancino però la mano lui la usa comunque. Però ormai ho firmato che non posso più fare ricorso. Andare là ora e dire che è mancino, non mi interessa.

Quanto il suo carattere e quello di suo marito hanno influito?

Infatti, sono stati fortunati e mi hanno ringraziato... mi hanno ringraziato molto sia me che mio marito...Io mi marito l'ho tenuto molto...

Suo marito l'ha presa come lei...?

Sì, era un po' più incavolato...che poi, anche lui sotto sotto è buono di carattere... è la gente intorno... no devi denunciare qui, là... ti stanno addosso e sembri un deficiente se non fai

denuncia, se non ti accanisci, se non fai causa, sembri un tontolone...quando le cose sono fatte giuste cosa devo prendermela.

Loro mi hanno ringraziato molto perché non tutti avrebbero reagito come abbiamo reagito noi... ci hanno ringraziato tutti, dall'infermiera al direttore, tutto lo staff dell'ospedale, il medico legale, tutti...ci hanno ringraziato per come abbiamo reagito e per come siamo stati noi. Penso che ci sono persone che avrebbero smosso non so cosa per avere di più.

Si è conclusa positivamente perché da una parte loro hanno riconosciuto l'errore e da una parte per la vostra accettazione...

Sì, a parte che ci diceva di denunciare... ascolta l'ospedale si è preso le sue responsabilità e sa di aver sbagliato. Lo sbaglio c'è stato e ci hanno detto che ci avrebbero ripagato come andava fatto. Ce l'ha detto anche l'avvocato, anche ad accanirsi si riesce ad avere qualcosina in più ma non molto di più e saranno di più le spese, le cose diventano più stressanti, più lunghe, per qualche mille euro in più che non cambia la vita né a me né a mio figlio, soprattutto a mio figlio. Il dito è così e rimane così. Loro hanno pagato lo sbaglio che hanno fatto e basta. Comunque penso che sono stati fortunati ad aver trovato noi. Ci sono persone che si accaniscono di più

Il vostro caso non è finito sui media...

No... infatti...penso che nessuno... è capitato di dirlo a Fiorenzuola, in un altro ospedale...ma nemmeno lì lo sapevano. Fiorenzuola è vicino a casa mia, Io sono più vicino a Fiorenzuola ma il mio medico...il mio ginecologo nel momento della mia gravidanza si è licenziato e si è trasferito. Per cui ho seguito lui...anche se più lontano...poi è capitato quello che è capitato...se doveva capitare qualcosa magari capitava anche a F. non è che è migliore. Doveva capitare. Se è destino non ci puoi fare niente. Non puoi dire ma, però... non ci puoi fare niente. Anche arrabbiarsi...è logico, io ero un po' arrabbiata perché mi hanno detto che l'infermiera aveva fatto il doppio turno.

Come mai ha fatto il doppio turno?

C'erano un sacco di urgenze. Era dal mattino che ero pronta per il cesareo ma sono finita alle 1700...c'erano un sacco di urgenze e io sono rimasta ultima praticamente...dovevo essere la seconda al mattino ma hanno continuato a lasciarmi indietro fino a che sono andata a finire al pomeriggio. Il mio ginecologo ha dovuto staccare e non c'era...infatti mi ha detto ti lascio in buone mani... c'è il mio collega e c'è l'assistente in sala... una delle più brave.

Non ha sentito l'assenza del ginecologo come un abbandono?

E lui doveva...anche lì...no...lui è stato lì, ha continuato a venir lì....mi spiace ci sono un sacco di urgenze...se non avessi un impegno starei qui...ti lascio in buone mani...ma anche prendermela per quello...magari se c'era lui poteva notare che l'infermiera stava sbagliando.

Ha visto comunicazione tra i medici che erano lì?

Io li sentivo chiacchierare...poi dopo aver sentito piangere il bambino...li ho sentiti bisbigliare, non parlavano più. Lì ho cominciato a pensare...ma perché non parlano più, poi vedevano gente andare avanti e indietro...ma non potevo girare molto la testa e avevo anche l'anestesia, non ero lucidissima. Comunque sentivo tutto e capivo tutto.

Ha percepito comunicazione...non che, finito il proprio lavoro, uno se ne va...

No no erano lì tutti e due...perché il medico il ginecologo che c'era aveva l'incarico di controllarmi bene per via dell'intervento a un grosso fibroma. Doveva controllarmi lo stato dell'utero...per cui sono stata lì ancora un po' per quello. E infatti ho detto la tirano lunga anche perché devono cucirmi...Mi aspettavo sempre mi portassero il bambino. Non sentivo più parlare nessuno...l'unica è venuta un'infermiera che mi ha detto adesso le portiamo il bambino...perché poi io ci ho parlato anche prima dell'intervento con questa assistente

Ma questa infermiera è la stessa che le ha tagliato il cordone?

Non lo so se era la stessa perché io vedevo solo gli occhi...mi ricordo che è venuta prima del taglio cesareo, si è presentata come l'assistente, mi ha fatto una carezza e mi ha chiesto come chiamavo il bambino. Poi non ho più nemmeno visto il medico...erano in due, mi hanno portato via, insomma è successo un po' di trambusto e non ho visto più niente e mi hanno portato in sta stanza che poi veniva l'ostetrica e vedevo che piangeva...perché poi erano un po' tutti sul disperato dopo quello che è successo.

Non dicevano niente a me e niente fuori.

Il marito da chi l'ha saputo?

Poi è arrivato il medico. C'era fuori mia mamma mia suocera mia cognata e mio marito...gli hanno detto andate giù che tra poco esce e invece hanno aspettato più di un'ora di fuori...non sapevano niente ne di me ne del bambino.

Questa attesa...

Erano un po' agitati tutti...

Il marito da chi l'ha saputo?

Penso dal medico o dal direttore ..non mi ricordo...se c'era lui...Hanno parlato prima con lui e poi con me, mi hanno portato il bambino e hanno fatto entrare tutti loro. Poi quando ho visto il bambino è passato tutto...io avevo pensato che era caduto si era spaccato la testa, un problema al cuore.

Sarebbe stato meglio se glielo avessero detto subito?

Mah...non lo so...ero un po' arrabbiata perché non mi dicevano niente...oltre al fatto che pensavo, mi stavo un po' alterando...la buttavo anche sullo scherzo...non lo farete vedere prima a mio marito che a me....ero sull'agitato, stavo ironizzando... vedevo questa con gli occhi rossi...ma diceva che aveva il raffreddore ma lo vedevo che piangeva. Io volevo vedere il bambino...poi vabbè dopo ci pensi.

Forse dirlo subito...

Magari non farmi aspettare così tanto ma non subito subito. Magari hanno aspettato per sentire prima l'ortopedico, dopo la fasciatura e la medicazione...hanno aspettato per quello mi hanno detto. Forse dirmi una cosa non certa non precisa...forse hanno detto aspettiamo...

Il linguaggio è stato chiaro...?

Sì anche perché io chiedevo....cioè....? Quando dicevano qualcosa di tecnico....

Secondo lei questo evento è fine a se stesso?

Mi hanno detto che gli incontri con lo psicologo sarebbero serviti per evitare che succedano ancora....e io ho fatto presente il fatto che mi hanno detto che l'infermiera stava facendo il doppio turno. Mi hanno fatto domande per evitare che accada anche in futuro. Sono andata anche per quello. Sono cose che non sono mai successe però visto che è successo potrebbe succedere ancora.

CASO DI STUDIO 2

INTERVISTA NUMERO 6

Gli eventi dal momento in cui lei è entrato.

Sì, allora... questa è la mamma di un bambino affetto da una cromosomopatia e che viene a ritirare diversi farmaci a distribuzione diretta da noi. Allora, tra i farmaci che ritira c'è anche del Tolep, un antiepilettico, di cui esistono due posologie, una da 300 e una da 600 mg. Allora, la signora, nonostante avesse una prescrizione di 300 più 300 più 600 – questa è la prescrizione del medico, allora, avesse questa prescrizione, avrebbe preferito, come ha sempre fatto fino quel momento, invece di prendere 300 più 300 più 600, prendere sempre tutte le compresse da 300 e poi, la sera, per la dose da 600 mg, assumerne due anziché una. Allora avrebbe preferito prendere cinque confezioni da 300. Le cose sono andate così: lei me ne ha chieste quattro... cioè, io gliene ho date, nella prima consegna, quattro da 300, dopodiché

lei ha fatto i conti e ha visto che non sarebbe arrivata fino alla visita successiva, o fino ai due mesi, perché noi di solito eroghiamo due mesi di terapia, e quindi mi ha chiesto di erogarne un'altra confezione per arrivare ai due mesi; nel momento in cui io sono andato a prendere l'altra confezione, mi sono sbagliato col cassetto e ho preso la confezione da 600 mg, quindi la consegna è stata fatta da quattro confezioni da 300 e una da 600. E non so come siano andate le cose, se per caso lei abbia scelto come prima confezione quella da 600, quindi per caso tra le altre ha preso quella da 600, e ha cominciato la terapia. Non si è accorta che era da 600, per cui lei dava praticamente 600, 600, 1200 la sera, quindi la terapia è stata praticamente raddoppiata. La cosa di cui mi sono accorto... E quindi cos'è successo? Lei ha detto che questo qui si è protratto per quasi cinque giorni: ha telefonato al dottore, "ha avuto delle crisi epilettiche"... adesso non mi ricordo come siano andati i fatti, o forse perché gliel'aveva sospeso, insomma ha avuto dei problemi, questo bambino, non so se perché abbia preso una dose doppia oppure perché, quando poi si è accorta, il medico ha detto di sospendere per un momento e di non prenderla per due o tre giorni, di ridurre la dose, quindi avrà avuto poi le crisi... non so come siano andate le cose...

Da cambiamento brusco?

Esatto. Praticamente, lei ha telefonato lamentandosi del fatto che io avevo fatto l'errore. Quando ha telefonato la prima volta io non c'ero, ha telefonato quindi il giorno successivo il marito della signora: ho detto "guardi, sì, non sono andato a controllare il piano terapeutico", gli ho detto "guardi, sì, mi sono sbagliato, probabilmente"; e dice "ma voi non avete dei metodi di riscontro per vedere se..." – in effetti ci sarebbero...

Dei metodi di riscontro per vedere...?

...per controllare... cioè, nello scarico, per vedere se il farmaco che noi stiamo erogando è quello esatto. In effetti ci sarebbero perché c'è un attento controllo dei farmaci, che evidenzia se il farmaco che tu stai erogando in quel momento è diverso da tutti quelli che tu hai erogato in precedenza. Di solito cosa si fa? Si può fare, questo controllo, oppure non fare. Poi ci sarebbe anche un'altra cosa, perché il farmaco, preso uno per uno, viene scaricato, e quindi tu puoi anche vedere se quello che tu stai erogando è un farmaco diverso, anche passandoli uno per uno. Però, a volte, avendo cinque confezioni, che fai? Ne prendi uno, lo passi cinque volte, e quindi non ti accorgi, in effetti... il metodo esatto sarebbe quello di fare "effettua consegna", cioè tu prepari i farmaci, dopodiché fai "effettua consegna", li passi uno per uno...

...e lui vede se corrisponde.

Dopodiché ho detto "guardi..." – perché è stata una conversazione molto molto cordiale, perché avevo ottimi rapporti anche con la mamma del bimbo... poi con il papà ho chiesto

scusa, ho detto “guardi, noi di solito... sì, si potrebbe fare così, poi per risparmiare tempo, quando c’è fila, ne prendiamo uno, lo passiamo cinque volte, per cui non ci accorgiamo...”... e lui ha detto “ah sì, sì, eccetera eccetera...”. Dopodiché, il giorno dopo, si rivolge alla direzione sanitaria lamentandosi che era stato fatto questo errore. E intanto, il giorno prima – mi sono dimenticato di dire – la mamma aveva portato le compresse, quelle che noi avevamo erogato – e sono io che le ho conservate, gliele faccio vedere... l’unica perplessità che ho è che dai blister delle compresse che lei ha portato, non ha portato la confezione, praticamente mancano le compresse che corrispondono a un giorno più una dose di terapia, non ai quattro giorni come lei aveva detto

Quindi...?

Cioè, dalle compresse da 600 mancano solamente le compresse che corrispondono a un giorno più una dose, non a quattro giorni come la signora aveva detto. Però questo io non gliel’ho mai detto, non gliel’ho mai contestato, perché in effetti l’errore c’era stato e in effetti mi è molto dispiaciuto se il bambino ha avuto dei problemi per colpa mia, questo è indubbio, anche se io... chiaramente si fa a volte in buona fede, perché la gente, c’è fila, quindi per andare avanti, per... però, l’errore era stato fatto.

Che spiegazione si è dato, per questo fatto che manca meno di quello che il bambino... che è avanzato più di quello che il bambino avrebbe dovuto prendere?

Io non lo so, io ho contato le compresse, che sono quelle che mi ha portato qui la signora... chiaramente ho controllato il lotto per vedere se corrispondevano a quelle che erano state erogate da noi... Io – e questo può essere importante –, prima che fosse fatta questa segnalazione, prima che la signora segnalasse alla direzione sanitaria, io avevo fatto una lettera... perché adesso, come lei vede, sono un pochino diverse, però prima erano simili...

Sono molto simili anche adesso, solo lo spessore...

Sì, però prima era identico anche lo spessore. E allora, prima che la signora segnalasse questo episodio alla direzione sanitaria, io avevo fatto una lettera e avevo detto “guardi, io non vorrei che si verificasse...”, quindi ho fatto una lettera alla dottoressa Giampelini (??) e al Ministero della Sanità in cui avevo detto, avevo compilato questo modulo in cui avevo detto “gentilissima dottoressa Giampelini, c’è stato segnalato un errore di consegna e poi di somministrazione di alcune confezioni di Tolep da 600 al posto di Tolep da 300, come prescritto da ricetta medica, per un bambino già in condizioni di salute abbastanza critiche. Per tale motivo si vorrebbe sensibilizzare la ditta affinché le confezioni attualmente uguali per il colore della scatola, nel numero a tre cifre che indica il dosaggio, per il formato dei blister, per il colore e dimensione delle compresse, potessero essere diversificate con un segno molto

visibile, differenziando alcuni dei particolari prima elencati. Poiché la sicurezza del paziente e la riduzione degli errori nella terapia farmacologica rappresentano nell'ambito sanitario le massime priorità, sicuro di un vostro riscontro in modo che tali simili errori possano essere, non dico eliminati – l'infallibilità dell'uomo rimane un'utopia –, ma ridotti almeno al minimo possibile, invio cordiali saluti." Cioè, praticamente avevo segnalato...

Quindi questo addirittura precede l'errore...

No no, non precede l'errore, precede la rimostranza della mamma.

Ah, ok.

Io ho fatto l'errore e l'ho segnalato, però prima che lei, praticamente...

Perfetto, dopo la telefonata del marito a lei.

Esatto. Chiaramente mi è dispiaciuto tantissimo perché può immaginare se io mai avrei voluto che il bambino avesse dei problemi, avesse avuto dei problemi, delle crisi, per colpa mia. Chiaramente non è il comunicato alla lettera che abbiamo risposto alla direzione sanitaria che le compresse che mancano corrispondono a una dose, a una giornata più una dose e non a quattro giornate, e quindi...

Per cui la spiegazione che lei si dà è un po' più dovuta all'interruzione brusca che non...

Secondo me sì, secondo me potrebbe essere quella, anche se non ho la competenza come il medico dal quale M. è in cura, che aveva detto che assolutamente era da escludere.

Ok. E dopo questa lettera della direzione sanitaria, la direzione sanitaria l'ha chiamata?

Dopo questa lettera che loro hanno inviato alla direzione sanitaria, la direzione sanitaria l'ha inviata, l'ha inoltrata al direttore, che è il mio responsabile, e lui – che poverino era in ferie, tra le altre cose, quindi leggeva la posta da non so dove fosse – l'ha inoltrata, e quindi ha incaricato la dottoressa Riccò, constatando che il direttore non era in sede, ha chiesto alla dottoressa Gerlini, che, diciamo, è quella che ne fa le veci quando lui non c'è, di rispondere alla paziente, e quindi anche alla direzione sanitaria. Quindi la dottoressa Gerlini, chiaramente, non sapendo nulla, mi ha chiesto spiegazioni. Quindi io ho detto com'erano andate le cose e però abbiamo ritenuto di non dire che, visto che l'errore c'era stato... l'errore c'era stato, ripeto, in base all'usualità dell'erogazione, perché se noi andassimo a controllare il piano terapeutico l'errore non c'era stato, perché dice 300 più 300 più 600.

Ok, quindi c'era stato in base a quest'accordo informale preso con la madre che fossero tutti uguali, quindi la madre, non controllando più, probabilmente è partita da quella da 600.

Probabilmente lei preferiva avere le compresse da 300 per evitare quello che è successo. Però io metterei in primo piano anche il modo con cui i piani terapeutici vengono redatti, perché, se

tu dai uno sguardo, ti accorgi che non è il modo: cioè, “300 più 300 più 600”, non si fa così. Oppure, “10 più 10”: ma che significa? Dieci compresse? Non c’è neanche scritta l’unità di misura. Dovrebbe essere dieci compresse più dieci compresse, dieci mg più dieci mg.

Certo. Quindi, c’è un problema di probabile errore nella modalità con cui vengono composte queste ricette, e poi c’è anche una dimensione di mancanza di contatto tra gli attori: questa ricetta non è del medico solito.

.. della neuropsichiatria infantile dell’ospedale, quindi... poiché la patologia rientra tra le patologie rare, è prevista l’erogazione diretta, ecco perché la mamma viene a ritirare la terapia da noi, perché questo errore è stato fatto in distribuzione diretta, no?, che noi eroghiamo a determinate patologie, tra cui le patologie rare.

Perfetto. Finiamo il giro di quello che è successo e poi pensiamo... Poi, allora il direttore, o la responsabile ha chiamato lei, lei ha risposto...

Sì, ho dato la mia spiegazione e quindi poi la dottoressa G. ha risposto al direttore sanitario, tenendo conto di quello... cioè, dicendo che purtroppo ci dispiace, eccetera eccetera, che lei aveva saputo di come erano andati i fatti, ma nella massima tranquillità, sia il direttore che la dottoressa G., e anche la dottoressa R., han detto “rispondiamo, cerchiamo di rispondere nel migliore dei modi possibile”. Abbiamo ritenuto di non dire che – neanche alla dottoressa R. – che, dovrebbero essere 50 compresse, se contiamo... ce ne sono 47, ne mancano tre e mezzo, che corrispondono praticamente a un giorno più una dose di terapia. Non sono quattro giorni...

Non sono quattro giorni... e le altre da 300 erano intonse.

Intonse.

E poi ce n’è una a metà.

E una a metà.

Quindi vuol dire che lei faceva l’operazione della metà.

Sì, non so per quale motivo ce n’è una a metà, visto che in effetti... o a meno che non è stata la giornata in cui se n’è accorta, però poteva dare perché aveva cinque confezioni da 300, quindi poteva dare quella da 300. Lei non lo sa perché noi non l’abbiamo segnalato.

Ecco, questo è molto interessante, adesso ci torniamo sul perché non l’avete segnalato e quindi su che immagini rispetto alla comunicazione.

Né tantomeno abbiamo segnalato che il piano terapeutico era così. Le ripeto, io avrei voluto dare quella da 300, ho dato quella da 600 perché sono andato a pescare nel cassetto sbagliato. Però il piano terapeutico era giusto.

Era così, perfetto. E quindi la direzione sanitaria ha risposto poi alla mamma dicendo “sì, c’è stato un errore...”...

“...c’è stato un errore, ci scusiamo, speriamo che queste cose non accadano più, eccetera eccetera, speriamo che suo figlio non abbia avuto dei problemi tali da dover subire dei ricoveri, oppure che ha delle conseguenze... eccetera eccetera”.

La cosa è finita lì, nel senso che il bambino non aveva poi avuto dei problemi di tipo significativo, irreversibile, eccetera, e quindi la famiglia si è fermata: non ha chiamato... No.

Niente, e il dottore non ha comunicato con nessuno di voi.

Assolutamente.

E nessuno di voi, né la direzione né lei, ha telefonato al neuropsichiatra infantile per parlare del modo in cui si fanno... bene, perfetto, adesso abbiamo tutti i personaggi. Nella distribuzione diretta questa è una questione che succede spesso? Cioè, non solo con i farmaci? Questo problema delle...

Sì, delle prescrizioni, che non sono molto...

...univocamente...

Perché noi chiaramente teniamo valide per un certo periodo di tempo, e spesse volte i piani terapeutici non vengono fatti con le ricette, perché in questo caso non ci sono dei farmaci che prevedono dei piani terapeutici previsti dall’AIFA, perché sono dei moduli apposta, e quelli al limite, avendo proprio delle chiamate molto specifiche, si riescono a compilare un pochino meglio. Ma anche lì si riscontrano sempre degli errori, perché manca la data di scadenza, perché manca il dosaggio esatto, eccetera eccetera. In questo caso, che non prevede un piano terapeutico ma una ricetta, lei può immaginare che, insomma, capita spesso che i piani terapeutici non siano conformi.

E questo non capiterà solo a voi della distribuzione diretta, anche in tutte le farmacie...?

No, nelle farmacie no, perché nella farmacia c’è la ricetta rossa in cui non si prescrive la dose: si fa una prescrizione ogni volta, per cui il medico di base avrebbe scritto “Tolep da 300, due confezioni. Tolep da 600, una confezione”. Quindi non c’è, diciamo...

...il margine...

Anche perché, appunto, il margine di dover andare a controllare il dosaggio, cioè... anche perché non viene espresso, lì vengono espresse solo le confezioni: è la classica ricetta del servizio sanitario nazionale, che ha una validità solo per l’erogazione. Cioè, può sbagliare il dosaggio: è capitato, può anche capitare...

Però può sbagliarlo il paziente, il dosaggio.

Esatto. Però in questo caso bisogna stare molto più attenti perché le ricette durano di più, quindi non vengono ripetute “a ogni erogazione c’è una ricetta”, ma hanno una validità di sei mesi, per esempio, o anche meno, fino alla visita successiva.

Bene, quindi effettivamente è un tipo di prestazione in cui il margine di interpretazione conta, e quindi bisognerebbe estendere, diciamo, l’operazione sulla chiarezza, il che spesso, come diceva lei, non avviene. Perfetto. Allora, torniamo adesso sugli scambi tra tutti questi. Vale a dire, abbiamo visto che ci sono degli scambi tra lei e la mamma, e poi degli scambi mediati dalla direzione; non c’è mai lo scambio tra voi e il dottore, e non c’è stato, in realtà, neanche un nuovo scambio tra lei, la mamma e il padre dopo... nel senso, per scambio io intendo un confronto sulla realtà.

No, lei adesso continua a venire, lei non ha mai sollevato il problema, io non l’ho mai sollevato, cordiali i rapporti prima, cordiali i rapporti dopo...

E tutto è continuato.

Sì. Anch’io la vedo di meno... anche allora, ero per caso in distribuzione perché c’è una mia collega che è addetta, quindi io l’avrò sostituita per quel pomeriggio, a volte facciamo qualche turno... quindi adesso la vedo di meno, perché può capitare che ci sia io... poi, immagini: l’erogazione è ogni due mesi, quindi già non è che sia tutti i giorni o tutte le settimane, poi magari capita che io non ci sia quando viene per due volte consecutive e non la vedo per quattro mesi... l’ho vista dopo tanto tempo, a dir la verità, però...

Come mai questa scelta, cioè che idea ha della signora? Quindi, che idea ha di questo paziente e come mai questa scelta di non dirgli, di non mettersi a calcolare insieme cos’è successo?

Perché io quel giorno non c’ero, quando lei è venuta, altrimenti sarei subito andato a controllare. Poi lei ha scritto la lettera, ha portato... io sono andato a controllarlo dopo, però ho detto “visto che l’errore è stato commesso...”... perché poi non lo so, le cose come sono andate, da quello che lei ha portato... certo, se io l’avessi segnalato lei avrebbe anche potuto dare una spiegazione, però da quello che lei ci ha restituito le compresse che mancano sono quelle per un giorno, però si è deciso di...

E si è deciso, secondo lei, perché? Per l’idea di non esasperare?

Di non esasperare, di non esasperare, perché lei provi a immaginare, è una signora con un grossissimo problema, con questo bambino che io ho visto, che è in condizioni veramente... di non esasperarla più di tanto perché in effetti l’errore, chiamiamolo così, c’era stato, quindi era inutile ormai andare a dire “no, non è vero quello che tu hai detto”. Solo per quel motivo lì.

Perfetto. E quindi questa idea che comunque intanto si, diciamo, cercava di non esasperare, di riconoscere l'errore e una via anche per non... perché se questa persona un po' si esasperava... immaginiamo la scena in cui lei dice "signora, però è strana, questa cosa: perché è accaduto così?". Cosa si immagina sarebbe successo?

Ah, non lo so, può darsi che lei... non lo so, quello che aveva detto, quello che avrebbe potuto dire... magari avrebbe dato una giustificazione dicendo "no, io gliene ho date anche da 300 perché..." non lo so, quello che... sicuramente, se io mi fossi trovato lì glielo avrei detto, magari di getto, quando lei è venuta avrei detto "guardi, signora, però – perché io ho un ottimo rapporto con lei – qui le compresse che mancano non corrispondono". Però è successo poi dopo qualche giorno, poi non l'ho più rivista... è andata così.

Ottimo. Il rapporto col neuropsichiatra infantile: non vi siete mai... visto che c'è questo clima da una cosa che può succedere, lei ha scritto al Ministero della Sanità...

Sì...

Le hanno risposto?

Chiaramente abbiamo coinvolto il risk manager, perché è lui che si occupa... non so se lui l'abbia contattato, questo non lo so, magari poi glielo chiede... e noi abbiamo subito coinvolto il risk manager, lui è venuto lì un giorno, c'ero io e c'erano anche gli altri colleghi a fare la distribuzione, abbiamo fatto una discussione, lui ha preso degli appunti, io poi non so cosa abbia fatto... Noi, come farmaceutica, abbiamo, prima che la signora praticamente facesse questa segnalazione, avevamo fatto a nostra volta una segnalazione al Ministero dicendo che le confezioni erano simili, e quando poi la signora... abbiamo segnalato...

Più in generale, che idea si è fatto, partendo dall'idea di questa signora, che idea si è fatto del tipo di comunicazione che c'è tra l'utente e voi, e come muoversi in caso di errore? Se dovesse dare delle linee guida per la comunicazione.

Sicuramente ci vorrebbe... sì, ci voleva... perché poi è stato fatto tutto per telefono, perché, le ripeto, se ci fossimo trovati, le cose sarebbero andate diversamente, avremmo discusso quel giorno. Perché lei forse si è un pochino anche... diceva "domani il dottor (??) mi deve chiamare", poi io non l'ho chiamata forse e mi ha chiamato il marito dopo due giorni... cordialmente, ho detto "sì, guardi, sicuramente", perché io non sono neanche andato a guardare il piano terapeutico, perché lei in effetti aveva sempre preso da 300, quindi l'errore c'era stato. Volutamente, cioè da un punto di vista legale, io non avevo sbagliato, però da un punto di vista pratico in effetti il danno era fatto perché io avrei dovuto dare quello da 300. Quindi, se ci fossi stato io nel momento in cui è venuta, forse le cose potevano andare diversamente, perché avremmo chiarito tutto lì. Invece, per via telefonica, il fatto che ho detto

che a volte... lui, secondo me, la cosa che più gli ha dato fastidio è che io abbia messo in mezzo la (??), perché... e quindi, il fatto che non ho telefonato come avrei dovuto... non so... e lui ha deciso di fare una lettera alla direzione.

Ok, quindi, l'interpretazione del fatto che ha mandato una lettera alla direzione sanitaria è, se non questa tensione dell'utente rispetto alla fretta, questo fastidio della fretta, e anche ha fatto l'ipotesi, ha messo l'altro elemento della non iniziativa nel chiedere scusa: ci sono già due frammenti...

Potrebbe essere, sì...

...come se l'è immaginata lei. Se invece avesse avuto quell'occasione delle scuse – facciamo conto che io sono la signora –, non avrebbe mandato la lettera: non avrebbe mandato la lettera, quindi la lettera la proviamo a vedere anche... quindi, questo convocare la direzione più che come intento di dire “attenzione che ci si può sbagliare”, un po' punitivo, un po' di dire “siamo trattati con fretta”...

Non lo so, può darsi pure che... non mi ricordo adesso, può darsi che abbia scritto “ho segnalato perché altri errori non succedano”, non mi ricordo, onestamente.

C'era questa parte? Non se lo ricorda?

Non me lo ricordo.

Adesso poi la recuperiamo, la lettera.

Non mi ricordo, secondo me sì, però.

Metteva questa cosa: “attenzione che non succeda più”.

Metteva questa cosa...

Ok. E, dicevamo, se lei avesse dovuto farle, queste scuse, che strategia di comunicazione...? Vale a dire...

Io poi gliele ho fatte, per telefono.

E che cosa...?

Eh... lui... non mi ricordo, ma è stato proprio gentile...

“Mi dispiace, perché abbiamo le file, perché...” ...

Sì, “mi dispiace...” ... sa, è successo pure nel marzo 2009, quindi...

Certo, tanto tempo fa.

Lui mi ha chiesto specificamente: “non l'avete, da un punto di vista informatico, un procedimento, un qualcosa che vi permette di individuare subito l'errore?”; sì, in effetti... l'unica sarebbe quello di... però bisognerebbe inserire il piano terapeutico, per vedere se il farmaco che si sta erogando in quel momento è diverso da quelli che sono erogati durante la...

però bastava che una sola volta fosse stato dato il Tolep da 600 e il computer non l'avrebbe segnalato perché non lo segnalava diverso.

Quindi questa idea di ridurre tecnologicamente l'errore è difficile?

Esatto, perché è sempre il farmacista che deve stare attento.

Ok. Quindi non ha questa idea, del fatto che l'uso fino in fondo dei percorsi prestabiliti annulli... cioè, prende molto tempo ma non annulla gli errori: li ridurrebbe.

Sì. Perché se avessi fatto, in quel caso lì, "effettua controllo", mi sarei accorto che il Tolep da 600 non era mai stato erogato, perché lo segnala in rosso.

Però il prezzo alto di fare questo "effettua controllo" ogni volta è il tempo.

Una perdita di tempo terribile. Perché noi eroghiamo per due mesi, e erogare per due mesi significa a volte dare dieci, dodici confezioni di un solo tipo di farmaco.

Quindi c'è questa tensione tra velocità e controllo: bisogna andare molto veloci nelle file e controllare molto bene.

Sì, che poi, voglio dire... è capitato quella volta, sarà capitato altre volte, ma ce ne siamo accorti subito.

È capitato poche volte, quindi, pochissime?

Assolutamente. A me... secondo me, un'altra volta che ce ne siamo accorti subito, oppure a volte me ne accorgo e lo vado a chiamare, però... proprio erogare il farmaco, portarlo a casa e la somministrazione, secondo me, in otto anni che sono qua, è stata la prima volta.

Ok. Tornavo sull'immagine di un operatore sanitario che fa un errore e si trova davanti l'utente: le vie possibili sono, per esempio, quella di chiedere scusa in base all'errore fatto perché c'è mancanza di tempo, eccetera eccetera; oppure dire "questo fa parte del patto, c'è tanta gente da curare, dovete rendervi conto...": quindi, per esempio, spiegare il proprio punto di vista o invece chiedere immediatamente scusa o invece parlare dei possibili rimborsi... sui possibili rimborsi non è venuto da parlare?

No, no. Perché poi il bambino non ha avuto nulla

Subito lei non lo sapeva se aveva avuto qualcosa, ma nessuno di voi ha evocato il fantasma...

Quando ha scritto la (??) a noi già avevano detto che non era successo nulla, che si era ripreso...

Quindi il fantasma del legale non è stato mai chiamato da nessuno.

No no no.

Se invece il padre avesse chiamato in un momento in cui era ancora incerto, l'esito dell'errore? Il padre ti chiamava e diceva "è successo questo e non so il bambino..." ...

Beh, avremmo chiesto... adesso onestamente non lo so, perché bisogna poi vedere cosa capita per... sicuramente mi sarei preoccupato maggiormente. Perché mi sono preoccupato lo stesso, mi sono dispiaciuto tantissimo, però fortunatamente non era successo nulla. Se la cosa fosse successa durante, e quindi ancora non avessi saputo l'esito di come le cose sarebbero andate, sicuramente mi sarei preoccupato: non so, magari avremmo chiamato, non so, faccio per dire, il neuropsichiatra infantile.. non lo so. Perché alla fine il fine ultimo del farmacista è quello di far star bene la gente e non commettere errori in modo che i pazienti non abbiano poi a pagarne le conseguenze; poi, se a volte capita... e se poi l'errore non ha comportato alcuna conseguenza...

Rende più facile la gestione della crisi. Essere contattati sulla crisi quando si è risolta rispetto allo stadio della malattia fa molto.

Esatto, perché poi il medico gli ha detto quello, perché loro mica lo sapevano: può darsi che sia stato questo, no? Mi spiace di non aver portato la lettera...

Ma poi la recuperiamo, per capire che intento c'era nello scrivere la lettera alla direzione, ma comunque tanto io li incontro... Quindi proviamo a vedere: la direzione sanitaria e gli errori: l'atteggiamento che ha sentito è stato quello di sostegno?

Io onestamente con la direzione sanitaria non ho proprio parlato: ha scritto la dottoressa Gerlini perché, può immaginare, il direttore sanitario non ne sapeva nulla e ha chiesto spiegazioni a noi... né di sostegno né di annientamento, insomma, no? Ha scritto che c'è stato questo errore, che ci scusiamo, che siamo contenti che non abbia portato delle conseguenze, che avevamo già segnalato che... praticamente che ci eravamo già presi la briga di andare a segnalare alla ditta questa cosa... è una ditta che si chiama Farmaci...

Non è la (??)?

No, no, al Ministero della Sanità. Ecco, si chiama "la sicurezza del paziente nell'uso dei farmaci... i farmaci Las-Sala", per mettere in evidenza anche la similitudine che può esserci tra i nomi, esatto. Ho inviato il modulo in cui segnalavo la cosa e di più non potevo fare, nel senso che... infatti quando noi abbiamo scritto alla direzione sanitaria, il medico si è compiaciuto, "abbiamo già segnalato al Ministero"... che poi è il Ministero, secondo me, che segnala - adesso io non so come funzioni - alla ditta di... e non so se è stato il nostro contributo ma hanno ingrandito la scatola quella da 600.

Ottimo. Se noi dovessimo - a partire da questo caso, ma non solo - se insieme dovessimo immaginare che c'è un evento, come per esempio un errore nel dare una scatola, e poi c'è o non c'è una crisi. Intanto... perché questa ricerca è proprio per capire la relazione fra evento e crisi. Intanto è già molto ambigua la definizione di "evento", di

“errore”, va beh, di “evento avverso” e di “crisi”, però ammettiamo che la crisi... questa è già una crisi, però è una piccola crisi, che è restata piccola: a) perché la comunicazione si è innestata quando si sapeva già il tipo di danno, e quindi questa è una variabile già molto importante; poi un'altra cosa che abbiamo messo è quest'idea che non si esaspera la condizione dell'altri, cioè si dà ragione anche oltre la ragione, cioè non si sta tanto su quello che è accaduto.

Sì, sì...

Ok. Non essere sulla difensiva. Però se ci fosse stata anche la minima possibilità di un danno, la difensiva sarebbe scattata subito?

Assolutamente sì.

Ok.

Non di un danno...

Non di un danno, di una possibile azione legale...

...di una possibile cosa legale... cioè, come fai a... anche perché sarebbero andati loro a vedere, “il piano terapeutico è questo...”. Certo, poi ti dispiace immensamente, però un pochino ti devi cautelare. Cioè, nel senso, io avrei ammesso l'errore, c'è stato, ma guardate un pochino quante cose hanno contribuito.

Perfetto. Quindi questa idea della tutela legale che praticamente cambia molto.

Io non avrei detto “non ho fatto l'errore”, assolutamente, questo non l'avrei mai detto, però avrei detto “guardate, è successo questo e poi penso che sia stata anche qualche altra cosa, valutate se è dipeso solo da questo o anche da qualcos'altro”.

Perfetto. Questo fatto, però, che non si è esasperata la crisi e che quindi si è data ragione alla signora, privilegiando di tenere sereno, proprio perché si rischiava poco, ha fatto anche sì che tra di voi e il dottore non si stabilisse un contatto, perché probabilmente, se il prezzo da pagare fosse stato un po' più alto, lei diceva “adesso la prossima volta mi cambia le ricette!”.

Probabilmente si sarebbe contattato il dottore per dire “bisogna un pochino vedere...”, sarebbe stato coinvolto, immagino... ripeto, non so...

...se è stato contattato o no...

Esatto, perché il direttore a subito contattato il risk manager e, ripeto, lui è venuto lì, c'erano tutti i colleghi della distribuzione, abbiamo analizzato un pochino l'episodio, com'è andato, come non è andato, e poi lui non so se ne ha tratte delle conclusioni.

Perfetto, questo non lo sa e comunque non ha visto il cambiamento di niente, dopo questo evento? Cioè, oltre a chiederti se l'hanno contattato, cos'ha detto o non ha detto...

Non mi ricordo se...

Sostanzialmente non sembra cambiato particolarmente niente. Va bene. Allora, adesso, in generale, come se noi fossimo... azzeriamo questo caso particolare e facciamo due chiacchiere, come in treno, su come sta andando, su come va quotidianamente la comunicazione voi-pazienti, su mettersi nel punto di vista di tre poli: l'operatore, il paziente e le direzioni che organizzano. Come sta andando in questo momento?

Mah, perché sai, non è che... nell'erogazione diretta è un po' diversa dall'erogazione che le farmacie fanno al pubblico: è diversa perché non c'è la ricetta del medico, quella rossa, in cui è specificato il numero di confezioni, e quindi... sono dei pazienti un po' particolari, perché in distribuzione diretta diamo dei farmaci che richiedono il piano terapeutico, oppure pazienti seguiti con terapie croniche... i farmaci sono sempre gli stessi, perché ormai li conosciamo, sono pazienti che vengono ogni due mesi, c'è qualche variazione di terapia, noi la segnaliamo, la inseriamo nel computer... i pazienti sono, secondo me, molto più addestrati di noi farmacisti, perché la patologia la conoscono, perché ce l'hanno da...

Quindi c'è un rapporto costante con un paziente informato.

Quindi è più qualcosa di burocratico che avviene, no? E il paziente sa tutto: è seguito dallo specialista, sa la terapia che deve prendere, viene lì perché sa, è stato addestrato... viene lì perché guadagna tempo perché non deve fare la ricetta del medico, e fa risparmiare – e anche loro ci tengono, sono molto cinici... perché fa risparmiare, viene lì... sono poche le informazioni che ti chiede, non è come la farmacia aperta al pubblico.

Quindi è un paziente addestrato, informato... va, però, un po' a tentativi: questo squilibrio con il farmaco, il parlare del farmaco, non avviene con voi ma col medico?

A noi dice "è aumentato il dosaggio, è diminuito questo... allora se me ne può dare di meno di questo e di più di questo"...

Ah, quindi con voi c'è una certa negoziazione di come cavarsela?

Sì sì, dal punto di vista della quantità, perché si cerca sempre di farlo arrivare ai due mesi, alla visita successiva. Però chiaramente noi non diamo mai nessun farmaco... noi mettiamo la data di scadenza a computer e, all'erogazione, prima della data di scadenza, diciamo "per la prossima volta deve portare la ricetta aggiornata perché sta scadendo". Questo, se non ci sono delle variazioni di dosaggio, noi la teniamo valida un anno, o sei mesi; se ci sono delle

variazioni, ovviamente non è che viene il paziente e dice “adesso io non la prendo da 300, la prendo da 600”, assolutamente, deve portare la ricetta.

Però non è con lei, intervistato 6, che il paziente, per esempio, dice qualcosa sulla terapia, nel senso “mi sto trovando peggio, meglio...”?

Sì, no, lo dice, “adesso vediamo questa...” ... per l’Alzheimer vengono i figli, “questi farmaci non fanno niente”, “questi farmaci meno male che ci sono perché fanno”... sì, questa comunicazione c’è.

C’è, però non chiedono...

...è un colloquio, non c’è nessuna... sanno già tutto.

Sanno già tutto, perfetto. E i colloqui, come la fotograferebbe, appunto, uno che arriva da tutto un altro sistema sanitario, da tutta un’altra condizione, e dice “ma da voi come funziona?”?

Sì sì, loro vengono e dicono “come mai devo venire qua a prendere questi farmaci?”.

Ecco, come lo descriverebbe questo paziente nei confronti della... cioè, un po’ spaesato da tutta questa frammentazione, soddisfatto perché ha l’idea di essere molto...?

Soddisfatto. Guarda, i pazienti sono soddisfatti, perché... fa perdere meno tempo, perché chiaramente non vai dal medico a fare le ricette, eccetera eccetera; vengono lì, gli diamo la terapia... adesso poi c’è anche la distribuzione “per conto”, perché le farmacie possono erogare per noi, con la ricetta del medico. In generale rimane sempre contento...

È contento, quindi ha l’impressione che dal punto di vista del paziente non è... tipo, questa famiglia: gli è venuto in mente subito, non tanto “che confusione, che distanza tra questi pezzi, che frammentazione”...

No...

No, hanno l’idea di pezzi che hanno chiari i compiti di tutti e che non hanno pensato che voi vi dovrete parlare?

No, secondo me no.

Ok. Quindi è un paziente informato...

Secondo me sì, perché viene da anni... io mi sono pure attivato perché, quando poi è cambiata la legislazione delle patologie rare, per cui io mi sono attivato per spiegare come bisognava fare, perché ci vuole l’autorizzazione della regione, ci sono dei moduli nuovi...

Benissimo, quindi elementi come il tempo, la continuità e l’alto grado di informazione del paziente, creano un clima di comunicazione molto diverso...

Sì, non è come la farmacia aperta al pubblico...

Perfetto. Quante volte capita di sentire i medici?

Tre volte al giorno, i medici di base.

I medici di base, che...

Continuamente.

Quindi, per cosa chiamano?

Per tutto. Chiamano, per esempio, se hanno dei problemi, se hanno un dubbio, “posso prescriverlo...?”... anche se sarebbe competenza della medicina di base, però noi non facciamo fatica, abbiamo le schede AIFA, controlliamo e diciamo se può essere erogato...

Non sanno quali medicinali possono essere erogati, hanno dubbi su che cosa può essere dato gratuitamente e anche delle somministrazioni...

No, è che a volte ci sono delle piccole contraddizioni, delle sfumature che loro vogliono...

...sapere da voi com'è il farmaco...

Oppure se ce l'abbiamo, se può essere in distribuzione diretta... perché noi diamo continuamente ai medici tutte le informazioni, però loro si lamentano che (...) sono talmente tanti che non riescono a starci dietro, quindi chiamano per qualsiasi cosa e noi... sono contentissimi di noi, di me, delle mie colleghe, che diamo sempre le spiegazioni.

Siete una specie di ufficio informazioni sui farmaci e loro possono... Perfetto. Questo i medici di medicina generale.

Generale.

E invece con la specialistica capita meno, avete meno contatti.

La specialistica si rivolge di più all'ospedale, immagino, no? Perché noi vediamo solamente i pazienti – lì dove lavoro io – territoriali, oppure che sono seguiti da centri diversi da Reggio Emilia... magari quelli ospedalieri hanno più contatti con i colleghi della farmacia...

Però in questo caso era uno che veniva dall'ospedale.

Sì, perché per le patologie rare le eroghiamo noi.

Ok. Quindi, le patologie rare sono ancora più esposte a questo distacco tra...

Cambiano continuamente, no?

Cambiano continuamente e poi voi avete meno contatti con quelli dell'ospedale: i medici li conoscete meno, vi chiamano meno...

Sì sì... questo è capitato che era di Reggio Emilia, ma sai quante volte vengono da Bologna, da Parma, da Firenze, da centri dove si prendono cura, appunto, delle malattie rare, quindi spesso volte è gente... è capitato a questo qui di Reggio Emilia, perché pare che questo neuropsichiatra sia un medico molto famoso, quindi... e può capitare anche che sia un centro diverso, anzi, la maggior parte delle volte...

Ok, perfetto. Quindi questo non era, del territoriale, uno dei medici che voi sentite più spesso, ma era addirittura...

Un neuropsichiatra famoso, non è che noi abbiamo contatti diretti, cioè tutti i giorni. Io conosco tutti i medici di base, cioè quaranta medici di base, uno per uno, perché ci sentiamo, non dico tutti i giorni ma, con almeno sei o sette di loro, tutti i giorni.

Perfetto. Ho un quadro chiaro. Dovremo chiamare il dottore e la direzione sanitaria...

(interruzione fine nastro)

Stavo pensando... dunque, io ho molto materiale, mi è chiaro, tornavo solo su due concetti poi abbiamo finito. Uno, quello di “pazienti particolari”: voi avete pazienti particolari in questo senso, cioè che li seguite continuativamente, che sono molto informati, che sono in una dimensione di sperimentazione del farmaco, che la gestiscono col loro medico e voi...

...o con lo specialista...

...o con lo specialista...

...più con lo specialista. L'Alzheimer: noi abbiamo pazienti seguiti dal centro Alzheimer, così come quelli col piano terapeutico devono essere... i farmaci col piano terapeutico possono essere erogati esclusivamente da centri autorizzati, quindi non dal medico di base o dal medico singolo, ma deve essere un centro. Quindi deve essere uno specialista, deve essere autorizzato dalla regione: non tutti possono prescrivere quei farmaci, e quindi si tratta di specialisti. Così come anche per il Parkinson, ci sono anche... l'assistenza domiciliare. Ecco, lì forse abbiamo più a che fare con i medici di base, per l'assistenza domiciliare: sono pazienti o cronici... pazienti che richiederebbero il ricovero, però si preferisce farli rimanere a casa, però è come se fossero ricoverati: quindi, tutti i farmaci, ciò che serve per l'erogazione e per la somministrazione viene fornito da noi, e in più c'è l'aiuto delle infermiere del servizio domiciliare, che si prendono cura di loro, per le medicazioni, per tutte queste cose qua. Lì abbiamo a che fare più con i medici di base, perché è un servizio che viene gestito dal medico di base. Per il resto, quasi sempre con specialisti, perché anche per il Parkinson o per l'epilessia sono sempre gli specialisti, non c'è nessuno che viene seguito dal medico di base, giustamente.

Assolutamente. Quindi. Ultime due domande. Se stesse a te riorganizzare e ripensare nei suoi punti di debolezza il vostro servizio, che cosa proporresti? Che possibili migliorie... se ce ne sono, sennò...

Mah, sicuramente di far prescrivere meglio, cioè agire anche un po' sui medici per fare...

Sui medici specialisti, a questo punto.

Sugli specialisti, sì sì, ripeto, perché noi abbiamo solo a che fare con loro: direi agli specialisti di scrivere dei piani terapeutici molto più chiari, e in più, al limite, su un supporto informatico... e che ci fosse, non so, più tempo da dedicare alla distribuzione... lavorare con più tranquillità anche, no?

Nel senso di tempi?

Esatto, esatto.

Ok. Con più tranquillità nel senso di tempi più lenti. Invece, adesso parlo con te come esperienza di chi fa l'operatore: questa idea di pressione... se il bambino avesse avuto proprio un danno, non lo so, lo stato d'animo... cioè, tra te e te avresti detto "caspita, pensiamo a tutti i casi in cui non ho sbagliato" o avresti detto...

No no no, "pensiamo ai casi in cui non ho sbagliato" non l'avrei mai detto, perché bisogna pensare invece ai casi in cui sbagli. Assolutamente, mi è dispiaciuto tantissimo per il bimbo, se fosse veramente dipeso da me... noi dobbiamo lavorare per non sbagliare, bisogna sempre pensare al caso in cui sbagli, non a quelli che non sbagli, che sono il 99,99999%.

Ok. Perfetto, grazie mille.

INTERVISTA NUMERO 7

Eccoci qua. È un percorso narrativo di questa esperienza in cui c'era stato questo inghippo: il primo passo è quello un po' di ricostruirla, dove lei – ciascun attore che me la ricostruisce – mi dice chi è stato coinvolto, "è successo questo, poi hanno chiamato questo", e in ciascun passaggio cerchiamo di ricostruire la comunicazione e anche gli scopi di quel passaggio. Chiarito, diciamo, questa specie di organigramma comunicativo, torniamo insieme sui momenti che hanno alzato, ben gestito la crisi, sia dal punto di vista delle conseguenze per il bimbo, fisiche, sia dal punto di vista comunicativo: gli elementi che hanno contribuito a procedere bene dal punto di vista del soggetto e gli elementi che hanno contribuito a infastidire, incasinare, lasciare in sospeso, lasciare sola la persona a cavarsela, eccetera. Quindi è una conversazione sulla memoria e poi sull'analisi di vari ruoli. Allora, il caso, il racconto di ciò che è successo.

M: Mah, allora, partiamo da quello legato alla somministrazione sbagliata del farmaco, che forse è la cosa che vi ha spinto poi a contattarmi. Allora, è successo che io, frequentemente, più o meno una volta ogni due mesi, mi reco alla farmacia dell'ospedale perché mio figlio, avendo una malattia rara, ha appunto la distribuzione dei farmaci attraverso questo servizio. Ci

conosciamo, nel senso che conosco i medici, loro conoscono il caso, quindi c'è un rapporto estremamente tranquillo, non mi sono mai, sinceramente, trovata male, anzi sono persone tutte molto gentili. Il problema che è successo è accaduto circa un anno fa, se ben ricordo, in un momento, penso, legato alle ferie estive, quindi probabilmente c'erano anche delle sostituzioni perché c'era una dottoressa allo sportello che in effetti non conoscevo bene, mi ha consegnato i farmaci che io avevo in elenco, li ho portati a casa tranquillamente, ho iniziato a somministrarli a M. e poi, dopo qualche giorno, ho visto che M. iniziava ad essere estremamente agitato e quasi fuori di sé: c'era qualcosa che non andava. Poi probabilmente a volte anche l'istinto gioca: tra tutti i fattori, visto che M. soffre di epilessia (??) e quindi potevano essere 3500 le cause, non so perché sono andata a controllare i farmaci e ho scoperto che, pur avendo la scatola uguale, il dosaggio era il doppio, di questo farmaco: quindi, io ero passata d'ambly, da un giorno all'altro, a somministrare a mio figlio il doppio dosaggio di quello che prendeva prima. Quindi, chiaramente la prima reazione che abbiamo avuto è stata di assoluto spavento. Abbiamo chiaramente chiamato subito il neuropsichiatra ospedaliero che seguiva M., il quale, da un lato ci ha tranquillizzato, dall'altro ci ha chiaramente invitato a calare subito la dose, tenendolo in osservazione, quindi diciamo che dal punto di vista emotivo comunque ci sono stati alcuni giorni di grossa paura, di grosso stress, perché comunque i farmaci antiepilettici sono farmaci veramente tossici, quindi... E poi c'è stato il percorso con l'Usl. Allora, visto che io e mio marito siamo persone, come dire, abituate a interagire con gli enti e sappiamo un po' le modalità con cui muoverci, in questo caso abbiamo percepito che comunque, seppure l'errore è stato molto grave perché se non ce ne fossimo accorti sarebbe stato molto grave, c'era di base un errore umano, non era... un errore umano che forse era legato a un processo non estremamente, come dire, corretto, controllato. Però di base era un errore umano, quindi abbiamo pensato in quel momento, visto che comunque era finita bene, anziché andare per vie legali, fare insomma cose eclatanti, una lettera che aveva il duplice scopo di informare di quanto era successo ma soprattutto dare un'allerta in modo che... cioè, il nostro obiettivo era quello di "attenzione, è successo un errore, fate in modo che non succeda più", perché è vero che le scatole erano uguali, quindi c'era una responsabilità dell'azienda farmaceutica perché, con dosaggi diversi, le scatole devono essere diverse; quindi quella è stata una segnalazione che poi ha avuto ricadute sull'azienda farmaceutica, e va bene... però è anche vero che io, in effetti, avevo notato che, sostanzialmente, mentre quando uno va al supermercato e tutto quello che viene comprato viene passato al lettore ottico, quindi viene scaricato dal magazzino, quindi c'è un riscontro piuttosto preciso di quello che entra e di quello che esce, a maggior ragione per dei farmaci ci

siamo detti “caspita, li prendono da degli scaffali, li danno così, senza appunto avere un controllo informatico”, e quindi quello che noi avevamo scritto alla direzione era “attenzione, mettete in atto delle procedure che sono procedure normali nei negozi, che però vi aiutano a gestire un carico e scarico perché, nel momento in cui c’è l’errore, casomai ve ne accorgete il giorno dopo quando il magazzino non vi quadra, piuttosto che aspettare che il bimbo mostri dei sintomi che poi bla bla bla...”. Quindi, insomma, abbiamo, come dire, fatto una segnalazione che aveva già dentro un suggerimento, nel senso che l’obiettivo era quello di migliorare il servizio, non quello di bastonarlo. E quindi dopo direi che la reazione è stata molto pronta, nel senso che la direzione ci ha risposto, si è attivato il risk manager, ci hanno chiamato e si sono scusati, ma non era tanto questo, nel senso che non è che volessimo delle scuse, cioè le scuse casomai le avremmo volute in altre situazioni, ma in altri contesti sanitari, non in quello, sinceramente: a noi interessava che ci fosse un cambiamento nelle procedure. Quindi, è ovvio che adesso io stessa, nel momento in cui – perché è anche una responsabilità mia – nel momento in cui prendo dei farmaci li controllo e sto attenta anch’io. Insomma, è servito un po’ a tutti a, come dire, non dare mai niente per scontato, sostanzialmente. Quindi... per me è stato un episodio che è nato ed è finito, non ha assolutamente, penso, inficiato i rapporti che ci sono con i medici delle farmacie, nel senso che non si sono sentiti accusati ingiustamente e penso che gli sia servito anche a loro forse a dare più attenzione a quello che fanno, perché comunque il lavoro dei farmacisti è un lavoro estremamente delicato e quindi, nel momento in cui si maneggiano dei farmaci e soprattutto certi tipi di farmaci, bisogna fare dei doppi controlli. Quindi, questo è stato l’episodio, diciamo, di errore più eclatante, nel senso che...

Quindi l’impressione di un’azione routinaria che sottovalutasse a volte... e quindi questa lettera anche con lo scopo di dire “attenzione, tutti i passaggi sono...”, quindi una sorta di intenzione di rallentamento in questa routinarietà.

Sì, e di informatizzazione, nel senso che, se c’è un magazzino...

E aumentare i controlli.

Anche perché, da quello che vedo nelle farmacie normali, le scatole hanno dei bar code e vengono scaricate, quindi a maggior ragione in una farmacia dell’ospedale, che ha un maneggio di una quantità di farmaci esagerata, probabilmente potrebbe... adesso questa procedura non c’è, nel senso che le consegnano ancora a mano e ho visto... probabilmente prestano più attenzione, casomai. A livello interno non so se hanno cambiato qualcosa, sinceramente.

Voi l’avevate risentito l’operatore che vi aveva dato la scatola, o avete sempre comunicato attraverso la direzione?

Noi praticamente avevamo... quell'operatore lì era, secondo me, una sostituzione di ferie, non lo ricordo anche bene come fisionomia, so che era una donna ma non mi ricordo bene. Quindi... no, no, io avevo contattato il responsabile della farmacia, insomma, il dottor G. – non so se posso fare nomi...

Certo... siamo solo noi e poi l'ho già sentito, lui.

Il dottor G., perché lui, insomma, è un po' il nostro referente e ha lui stesso poi, come dire, sentito la sua direzione. Quindi abbiamo... per iscritto siamo andati in direzione, ma verbalmente poi ci siamo confrontati anche col dottor G. e poi con il risk manager che ci ha cercato lui perché io non lo conoscevo. E però, le dico, questo non toglie il fatto che assolutamente c'è un'estrema disponibilità, che resta, insomma... a volte, come dire, porto pazienza io, a volte diventano più flessibili loro, perché insomma, si sa che in casi di malattie rare, se si seguono i protocolli alla lettera... quindi, casomai, anziché farmi passare mi mandano la richiesta via mail e così faccio un passaggio in meno; telefono per ordinare un farmaco, me lo fanno trovare... cioè, ci sono delle piccole accortezze che casomai rendono le procedure a volte più semplici. Altre volte, come è successo questa estate, altre volte per avere un farmaco che M. ha prescritto... anche lì, l'avevano dato a un altro, non era arrivato, insomma sono dovuta andare due o tre volte. Quindi, a volte va a volte va, a volte viene, sostanzialmente. Però, come dire, questo fa parte del lavoro, di qualsiasi lavoro, a volte si crea un problema, a volte lo si risolve, quindi insomma...

È una relazione continua, e questo fatto che è una relazione continua di scambio ha caratterizzato questa doppia pista che avete seguito, un po' per la direzione, e invece una doppia pista più personale con questo medico.

Esatto, sì, il quale ha capito che non era niente di personale, anche perché lui non c'era, non era assolutamente nessun tipo di rivendicazione, non c'era assolutamente nessun tipo di azione legale, perché, come gira il mondo adesso, ad andare dal legale uno ci mette due secondi, quindi secondo me il timore, da parte loro – penso –, è stato "caspita, questi qua mi fanno nero", perché volendo uno... sinceramente, a livello etico non c'era nessun tipo di ragioni... cioè, non me lo diceva il cuore, nel senso che andavo a rovinare una persona che casomai aveva la sua vita, con un processo, per poi ottenere un risarcimento economico che, va beh, poteva far comodo, ma poi alla fine a che costo? Se fosse stato danneggiato mio figlio, sì. Ma in questo caso, amen, l'abbiamo chiusa lì. Sempre su questo tema, invece, un'altra cosa che vi volevo segnalare – e anche questa mi fa pensare: allora... sempre sul tema farmaci: hanno tolto dalla circolazione un farmaco che si chiama Nopron, in Italia, l'azienda non lo produce più. È un blando sedativo che si usa anche nei bambini piccoli per farli dormire e per

alcuni bambini, tra cui mio figlio, con ritardo: piuttosto che dare dei sonniferi pesanti, questo funziona, quindi col minimo... col minimo sforzo, nel senso con un intervento farmacologico leggerissimo riusciamo a ottenere un risultato – altri lo usano per rilassarli, insomma era un farmaco che aveva, nella disabilità, un forte utilizzo. Non è più prodotto, l'azienda non lo produce, e quindi io, dopo il panico iniziale, per fortuna abbiamo delle famiglie in Francia, perché l'associazione è nel mondo... tramite delle famiglie in Francia sono riuscita ad avere questo farmaco perché lì c'è ancora. Dopo, casualmente, dopo quattro o cinque mesi, leggo sul giornale di una mamma di un ragazzo cerebroleso che aveva portato su Il resto del Carlino questa testimonianza, che diceva “mi figlio ha bisogno di questo farmaco, in Italia non è più prodotto, le farmacie non lo trovano, io non so come fare”.

Perché... per motivi di mercato, no?

Perché in Italia non c'è, questa azienda non lo distribuisce più. Allora io, tramite il giornalista, sono risalita alla mamma, le ho telefonato e le ho detto “guardi, io l'ho trovato in Francia, se vuole glielo faccio avere”. Insomma, ero entrata in contatto con questa famiglia per aiutarla: in realtà poi sono stati loro ad aiutare me, nel senso che, in virtù di questo articolo, nel giro di non più di quindici giorni, per magia le farmacie hanno attivato un protocollo per cui riuscivano a ritirare il farmaco dalla Francia. Questa famiglia mi ha richiamato, mi ha detto “guarda che adesso c'è”, e adesso lo abbiamo tramite le farmacie. E allora, perché bisogna andare sul giornale? Come dire, ci vorrebbe a volte più sensibilità: se la famiglia ha bisogno di questo farmaco, non è il neonato che casomai ne ha bisogno di primi tre mesi e gli dai la melatonina... cioè, un disabile è un disabile. Quindi, togliere un farmaco così... e io penso che sia bastato veramente poco perché in quindici giorni ce l'avevano, e quindi, ecco, a volte ci vuole veramente un po' più di ascolto. Non scaricare il problema e dire... perché poi la gente si abitua che se non fai la voce grossa non ti ascoltano, e allora ben vengano quelli che vanno sui giornali, dal legale e quant'altro.

Una risposta rapida e immediata abbassa questa soglia di sensazione “davanti a una cosa complessa non mi ascoltano”.

Una risposta che abbia una ricerca dietro, non una risposta “guarda, mi sei tanto simpatica...” che poi non te ne frega niente, una risposta che sia profonda, che vada a cogliere il bisogno e si attivi, e metta in campo tutte quelle cose che si possono mettere in campo per dare una risposta definitiva. Perché sennò sembra davvero di essere al mercato e non è corretto. Questo è un altro esempio, secondo me, proprio di una procedura sbagliata, di un ascolto sbagliato, sostanzialmente. Poi, sono d'accordo che le famiglie adesso hanno una consapevolezza maggiore e per il medico sia tutto più complicato, perché comunque viene sempre messo in

discussione, però è così, anche perché hanno in mano delle responsabilità impegnative e che comunque gravano sempre anche sulla famiglia, per cui la famiglia va ascoltata. Poi io, su una malattia rara, ho fior fior di specialisti che mi dicono “signora, ci dica lei”: ma ben vengano! Mi spaventano di meno di quelli che mi dicono “ci penso io, so tutto io”, che vuol dire che non sanno proprio niente.

Certo, assolutamente. Torno ancora al caso. Il vostro medico non ha mai sentito la farmacia, cioè questo non è stato un caso in cui...

Assolutamente no.

E non c'è stata una riflessione un po' sulla forma, oltre a questo problema dello scarico, sulla forma delle ricette e la loro interpretazione? Questo non è venuto fuori nel suo colloquio? Anche con suo marito, senza andare a parlarne col medico. Cioè, il possibile ruolo del medico in questa crisi che ha vissuto vostro figlio.

Allora, diciamo... del medico curante?

Curante. Sia per la ricetta e la sua forma e sia un po' per la sospensione del trattamento.

Diciamo, la ricetta in questo caso non c'entrava, nel senso che M. ha un percorso un po' diverso, non ha “a ricetta, farmaco”, ha una volta una ricetta... sulle malattie rare ci sono proprio dei moduli particolari, che vanno in regione dopodiché io ho libero accesso a quel farmaco.

Certo. Quindi l'aveva già usata tante volte questa ricetta dove c'era le due, 300 300 e 600, anche altre volte e le avevano dato sempre i 300, questo 600 non era mai sbucato...

Assolutamente no, tant'è che loro sennò non te lo danno, il farmaco, nel senso che loro devono avere, non solo il tipo di farmaco, ma la prescrizione, anche perché nel momento in cui io vado una volta al mese a fare, diciamo, la scorta, loro guardano “allora prende: 300 più... 600 al giorno? Allora, questo farmaco ha X compresse che vanno...” e ti danno la dose giusta. Quindi loro, tutte le volte che ti consegnano dei farmaci, controllano che, in base a quello che tu dai a tuo figlio... e ti danno quello che ti serve...

...perché avevo un po' capito che nelle indicazioni del medico c'era questa possibilità dei due dosaggi, cioè c'era scritto “scatole da 300 o scatole da 600”...

M: No, assolutamente no.

Ok, il medico aveva scritto...

...solo da 300.

Perfetto.

L'altro dosaggio, secondo me, era a sciroppo, perché non mi ricordo se era un farmaco che aveva anche lo sciroppo... sì, direi di sì, probabilmente sì, però era... come pastiglia era 300.

Perfetto.

Allora, diciamo che no, che io, quando ho telefonato all'ospedale e ho parlato con la dottoressa B., perché in quel periodo mi seguiva lei, ho percepito... prima di tutto mi ha tranquillizzato, mi ha dato, insomma... però ho percepito da parte sua un'eccessiva tutela del collega. Come dire... io di fronte a una cosa così avrei detto "portami il bambino, gli faccio un prelievo, gli faccio, un dosaggio"... è come se...

...non volesse alzare il suo livello di inquietudine.

Brava. E neanche, secondo me – dico una cosa, forse, eccessiva...

Certo...

...produrre prove: cioè, un dosaggio sarebbe stato una prova. Non so come dire... pur essendo amica, con la B., ci diamo del "tu", però ho avuto l'impressione che mi alzasse come uno schermo: "M., ok, sta male però non è in pericolo di vita, allora manteniamo la nostra posizione, quindi...", e non mi è piaciuto tanto, sinceramente.

Chiaro, ok. Quindi, questa impressione che effettivamente...

...e a maggior ragione non si sono sentiti con le farmacie. Cioè, uno fa una cosa e uno fa l'altra. Non ha dimostrato il minimo interesse a capire com'era successo, perché... assolutamente nessuna domanda, ha assolutamente minimizzato la cosa.

Quindi, una frammentazione organizzativa, per cui non si sentono, ma l'impressione invece di una compattezza...

...un po' omertosa.

Ok, va bene. Quindi, una compattezza non organizzativa, ma appunto di...

Sì, perché "se mi capita che sbaglio io, la prossima volta quello là mi para", e quindi ho percepito questo, io.

Perfetto. Proviamo a fare questo esercizio. Io mi sono chiesta, su questo caso, questa cosa: in tutta questa capacità di gestire, su diversi livelli, la comunicazione diretta tra chi aveva fatto e chi aveva vissuto l'esperienza, il riconoscimento delle emozioni reciproche, ma anche il livello burocratico, no?... e poi non è successo niente, e lei non ha chiesto il rimborso. Se la comunicazione partiva... mettiamo che ci voleva un mese per capire se era successo qualcosa, quindi c'era l'incertezza della gravità, in questo caso lei la comunicazione come se la sarebbe immaginata? Cioè, quale...

Cioè, se l'azienda Usl non mi avesse risposto in modo così puntuale...?

...veloce e preciso, ma soprattutto se non fosse così chiaro che suo figlio... non fosse così chiaro cosa ha comportato questa cosa a suo figlio. Cioè, la stessa cosa ma le crisi epilettiche continuavano una decina di giorni e lei diceva "adesso scrivo".

Ah, ecco perché, fra l'altro – adesso me l'ha ricordato – perché il problema è che il sovradosaggio causa crisi, quindi abbiamo avuto – in effetti me l'ero scordato – abbiamo avuto un periodo di pesantissime crisi a causa di questo switch (??) di farmaci, quindi alla fine l'abbiamo pagata cara, cioè, voglio dire, è andato avanti più o meno un mese, nel senso che M. ci ha messo un mese, poi, a smaltire tutto: poco o tanto, è stato pesante...

E chi l'ha presa in cura, questa cosa? La dottoressa si è attivata di più o ve la siete un po' sbrigata voi?

Allora, l'abbiamo sbrigato noi, nel senso che sostanzialmente l'epilessia di M. ce la sbrighiamo noi, salvo urgenze che andiamo in ospedale. Quindi, è rientrata, come dire, nella routine normale di periodi in cui M. esprime più crisi e M. nettamente in quel periodo ne ha fatte molte per molti giorni, però non erano così gravi da comportare un ricovero, quindi noi per primi non lo ricoveriamo, noi per primi non lo portiamo a fare... anche perché la crisi va gestita quando c'è, quando non c'è non ha senso e di solito c'è di notte e quindi ce la sbrighiamo noi, a meno che non sia così grave da chiedere un'ambulanza. Quindi ce la siamo sbrigata noi. Sicuramente la velocità e la tipologia di risposta, che era poi, voglio dire, la giusta risposta alla modalità con cui noi c'eravamo approcciati, perché la nostra modalità non era aggressiva o offensiva, e quindi la risposta è stata di accoglienza, ed è stata estremamente veloce, cioè "agiremo, cercheremo di capire il perché, cambieremo..."... poi non so quanto sia stato fatto, però è stata veloce ed è stata pro-reattiva: sicuramente ha sortito un effetto, cioè ha soddisfatto la nostra richiesta, perché la nostra richiesta non era di un risarcimento ma era "cosa avete fatto, cosa cavolo avete fatto?"

"Usate questi casi in qualche modo" ...

Esatto, "imparate da questo errore e se non imparate..."... e se non fosse arrivata in quei tempi e con quel tono sicuramente avrebbe causato in noi un estremo fastidio, se non rabbia, e a quel punto sicuramente... non dico sicuramente, però avrebbe sicuramente incentivato la nostra voglia di rivalsa.

Ok. Quanto ha giocato l'atteggiamento del vertice, cioè dell'istituzione, e quanto ha giocato l'atteggiamento invece dell'operatore che, una volta sentito, ha detto subito "sì, è vero, la responsabilità è stata nostra, c'è stato questo errore"? Se lui, in paura di spettri, oppure per atteggiamento, avesse detto "beh, bisogna vedere, confrontiamo la ricetta, non è poi così pericoloso"? Ci sono due fronti della comunicazione: quale, secondo voi, ha abbassato subito questa vostra...?

Sicuramente l'ammissione dell'errore. Cioè... anche perché, voglio dire, a livello lavorativo, l'ammissione dell'errore è segnale di estrema maturità e quindi va bene, nel senso che è

peggio chi non lo ammette e lo nasconde, e sicuramente suscita in chi ha ricevuto l'offesa maggiore rabbia, perché "oltre il danno, anche la beffa", quindi assolutamente l'ammissione di colpa, tra virgolette, è un risarcimento emotivo fondamentale.

Perfetto. Tornando alle parole che lei ha usato, ha detto questa espressione: "non è in questo caso che sono mancate le scuse", evocando casi in cui mancano.

Sì, dunque, i casi in cui mancano sono casi, come dire, più sfumati, nel senso che sono casi non legati a una causa-effetto come questo particolare problema che è sorto, ma rispetto, tipo, alla presa in carico di un bambino, per esempio, con una sindrome rara, quindi con una serie di problemi sia sul fronte clinico che sul fronte riabilitativo: allora, sul fronte clinico la mancanza delle scuse... le scuse sono mancate laddove specialisti che lo avevano in carico non hanno avuto l'umiltà di valutare l'estrema gravità di alcuni sintomi, come ad esempio l'epilessia, e, valutata la gravità, non hanno avuto l'umiltà di cercare l'esperto – quantomeno in regione – che potesse gestire questi casi, e quindi si sono fatti carico di una presa in carico sbagliata che ha avuto come conseguenza un'epilessia con ricoveri in stato di male più volte all'anno e che ha visto infine, nel momento in cui abbiamo cambiato il medico di riferimento e siamo andati in un terzo livello regionale... però, anche di fronte a questo... cioè, se io ho un bambino e tu me lo curi, e te lo ricovero tre volte, quattro volte all'anno, e poi improvvisamente tu non lo vedi più, non lo ricoveri più, non lo senti più, vieni a sapere che viene seguito da un altro, io sinceramente in coscienza di medico direi "mi fa piacere che questo bambino adesso stia meglio", cioè il mio primo pensiero sarebbe "per fortuna hanno trovato una soluzione"; in realtà il pensiero del medico è stato, io penso, "che stronzi che mi hanno tradito, sono andati da un altro, io sono più bravo, sono bravo uguale, e adesso allora se anche dovete fare un prelievo non vi voglio più". Ecco, questo secondo me è un altro errore, perché comunque non va perso di vista il bene del bambino, così come è un errore avere la responsabilità di un bambino con varie problematiche agli organi come mio figlio, e vedere solo un problema e, nel momento in cui ti si presentano gli altri, li sottovaluti, li sottovaluti finché diventano irreversibili. Io ho portato alla visita fisiatrica mio figlio tutti gli anni, perché camminava un po' sì un po' no sulle punte: probabilmente la fisiatra, sapendo che era seguito dalla neuropsichiatria, l'ha sempre, come dire, preso per quel... cioè, fotografato in quel momento, ma non ha mai avuto la lungimiranza di vederlo in un contesto di sviluppo, quindi ha sempre fatto, come dire, delle fotografie strada facendo, finché ci siamo ritrovati a un certo punto, l'anno scorso, che mi è stato detto che mio figlio cammina solo sulle punte e mi è stato detto "è troppo tardi per fare riabilitazione": l'unica soluzione è l'operazione. Ora, operare mio figlio significa avere dei forti dubbi rispetto al fatto che lui cammini, perché chi me lo garantisce che

poi lui cammina? Devo mettergli i tutori tutte le notti, fa crisi epilettiche, si può fare seriamente male perché sono crisi tonico-cloniche, quindi con dei tutori, con un gesso, si fa male, quando con la riabilitazione o col botulino forse non saremmo arrivati a questo livello. Ma io mi sono fidata di questi dottori: io mi sento in colpa, io per prima, e mi do della stupida, ma in realtà non sono io la colpevole, sono questi dottori che non hanno voluto vedere mio figlio oltre l'epilessia, che non hanno voluto farsi carico di gestire anche questo problema e che adesso me lo ributtano non con le alternative "piano A" e "piano B", ma col "piano A" e sennò sono cavoli tuoi, te lo tieni così. Allora, anche questo è un errore: è un errore di sottovalutazione ed è un errore di non messa in condivisione, perché se questi due reparti si fossero parlati, forse... e sono a un piano di differenza l'uno dall'altro, e vanno ai congressi insieme e si danno del "tu" e si abbracciano e si baciano i primari... allora forse mio figlio non sarebbe in questa situazione. Così come mi sono accorta a undici anni che forse – lo saprò fra un mese ma è quasi certo – mio figlio è celiaco: quindi io lo sto bombardando di farmaci quando lui ha un malassorbimento gastrico cronico che non gli permette di assimilare bene neanche i farmaci. Allora, forse, come dire... e bastava fare una gastroscopia con una biopsia, come ho fatto io, ma son dovuta andare a Torino a farmela fare, perché qua a Reggio non lo prendevano in considerazione, mio figlio: è magro come un chiodo, mangia come un bue, ha problemi a gestire i farmaci, ponetevi il problema che forse c'è un malassorbimento! Io l'ho chiesto cinquantamila volte al neuropsichiatra infantile, "ma mio figlio ha un malassorbimento?": "mah, gli diamo un po' di... vediamo, avrà un po' di bruciore..."... Io capisco che una gastroscopia sia impegnativa, ma tu me la prospetti e io come genitore decido.

Allora, qui ci sono cose molto interessanti a più livelli. Intanto torna questa immagine dell'organizzazione medica molto frammentaria come organizzazione, molto specializzata ma che poi non sa gestire i passaggi da un punto all'altro e che non sa gestire anche il conflitto: cioè, i medici, immaginati a configgere tra di loro, evitano. Quindi, una frammentazione sia per confusione ma anche per incapacità della classe medica: lei evoca molto questo "vanno ai convegni, si abbracciano, però nei fatti...". Allora, lei quest'idea del "tutto ciò che era possibile fare ma non siamo riusciti a fare in tempo" l'ha accumulata nel tempo perché lei studia o perché altri medici gliel'hanno detta? Cioè, tutta questa competenza sulla malattia di suo figlio, in lei, da dove viene?

Allora, in entrambi i casi, nel senso che noi genitori siamo i primi medici dei nostri figli, e quindi con un'osservazione quotidiana, con un carattere che non ha paura di confrontarsi, quindi... cioè, io sono una che vado dal medico e gli dico quello che penso, non è che... adesso a maggior ragione, ma... e soprattutto con il passaggio da genitore a genitore, cioè io, di questa

ipotesi di malassorbimento, di questo medico di Torino, Balzola, che fa questi protocolli, l'ho saputo da altri genitori... voglio dire, c'è un passaparola che in realtà dovrebbe essere gestito a un livello diverso.

E quello delle punte, come ha interiorizzato questo fatto che, se si fosse preso prima, forse la riabilitazione...?

Già adesso, per esempio, conosco altri bambini che hanno questi problemi e stanno facendo il botulino; sono andata a Brescia, agli ospedali civili, per il discorso dell'immunità – perché anche su quello, se vuole, ci apriamo un altro capitolo – e m'ha detto la dottoressa, l'immunologa: “ma signora, ma questo bambino – immunologa, non neuropsichiatra – ma questo bambino come mai cammina sulle punte?”. Ho detto “guardi...” e le ho raccontato la mia storia; lei mi ha detto “ma lei sta scherzando? Ma lei deve andare dal suo medico e dire “io voglio un piano A e un piano B”, cioè non solo un piano A, deve esserci...”. Perché anche lei diceva “ma come è possibile, un bambino così seguito, così controllato, con dei genitori attenti come voi, ma com'è possibile?”. Cioè, io sono andata dall'immunologa... se poi parlo troppo, me lo dice!

No no, è interessante...

Perché io le posso raccontare... cioè, mi sto spaventando perché lei mi sta facendo pensare a tutti i casini che ho avuto e in effetti non sono pochi...

Però tutti affrontati da lei, e infatti ha acquisito una competenza, sulle strutture mediche, molto preziosa.

Ho la netta sensazione di essere molto temuta: questo mi dà potere e mi va bene, però penso a tutte le famiglie che invece sono trattate come poveri deficienti – mi scusi il termine – semplicemente perché non hanno casomai le competenze e anche il coraggio, e questo non è giusto. Allora, sono andata dall'immunologa perché mio figlio, per sindrome, ha delle immunità basse, che gli creano dei problemi alle vie respiratorie. Quindi, lui si ammala con niente, in più non si soffia il naso, quindi tutto ristagna... poi, prende i farmaci antiepilettici, che aumentano le secrezioni, quindi ha un sacco di catarro. Andammo a Brescia, perché c'è un centro di immunologia di riferimento nazionale, agli ospedali civili, ci fecero questa serie di test e ci dissero “questo bambino ha delle immunità basse che non giustificano una terapia immunologica, ma che giustificano assolutamente la copertura antibiotica a basso dosaggio per i mesi invernali”. Così facemmo quell'anno: andò da dio, non ricoverai mai mio figlio, tutto tranquillo. L'anno dopo non siamo tornati a Brescia, stupidamente: anche lì, ci siamo fidati della pediatra, che peraltro è un ottimo medico, però... la quale “gli antibiotici... adesso ci sono le linee guida regionali che dicono “non date gli antibiotici”...”... quindi tutte queste, secondo

me, architetture mentali, sta di fatto che “ma no, perché dopo poi non funzionano... li diamo al bisogno”. Io mi sono fatta dai sette anni di mio figlio, sei anni, fino all’anno scorso, dieci, venti bronchiti, l’anno scorso due polmoniti con ricovero, un macello, e alla fine gli davo più antibiotici di quelli che avrei dovuto dargli con un basso dosaggio. Quindi mi sono rotta le scatole e sono tornata a Brescia, quest’anno; e la Soresina mi ha detto “ma lei sta scherzando? La sua pediatra non le ha dato al copertura antibiotica che io le avevo prescritto di dare...?": si è incazzata come una biscia e anche lì mi sono sentita una stupida, perché alla fine mi sono fidata. Ma alla fine, se non ti fidi del dottore, di chi cavolo ti devi fidare? Quindi, adesso, quest’anno, abbiamo fatto questa copertura e M. non si è ancora ammalato: speriamo che vada avanti così, probabilmente qualche bronchite la farà, ma di sicuro non mi fa delle polmoniti.

E la pediatra cos’ha detto di questa cosa?

La pediatra... “ah sì, se lo dice la Soresina, va bene...”. Però, se doveva dipendere da lei... in più le ho detto “la Soresina mi ha dato le pastiglie anziché lo sciroppo”... per dire la fatica che facciamo noi genitori, ci dobbiamo fare un mazzo così per saltarci fuori. Allora, lui ha le pastiglie: vado dalla pediatra con la prescrizione, con la lettera della Soresina, e mi dice “le pastiglie di danno dai dodici anni” – mio figlio ne ha undici –; “e poi questo dosaggio è troppo alto”. Ho detto “va beh, senta... la Soresina è gentilissima: telefoni alla Soresina e mettetevi d’accordo, no?”. Ho dovuto chiamare io la Soresina, spiegare quello che... gentilmente, perché poi, insomma, portare avanti delle istanze di altri, io che sono un genitore, voglio dire, mi sembra anche assurdo... quindi, parlare di dosaggi con la Soresina, di prescrizioni... alla fine off-label, mica label, comunque alla fine la Soresina dice “ok, va bene, gli dà lo sciroppo anziché le pastiglie, con questo dosaggio...”. Ho richiamato la dottoressa... però, voglio dire, ha senso?

È un grande problema la comunicazione tra medici, interna, mediata dal genitore.

Non vuoi disturbare? Mandale una mail, voglio dire... abbiamo delle tecnologie tali per cui dici “sta visitando, non la voglio disturbare”: le mandi una mail, questa qua la legge, poi, se non ti risponde, potrai dire “è una stronza che non mi ha risposto”... ma aspetta un attimo prima di coinvolgere una famiglia. È così, non si parlano. Per non parlare dei rapporti tra Usl e ospedale, che su quello se vuoi ci facciamo un libro.

Poi entriamoci un attimo, che questo caso è molto connotato da questa cosa. Che sistema di spiegazioni si è data lei per questa difficoltà di comunicazione tra ospedale e Usl?

Mah, io penso che la differenza la fanno le persone, siamo sempre lì. Cioè, se quel medico tratta i colleghi come dei sottosviluppati perché lui è “togo” e non ha mai tempo per ascoltare nessuno perché lui ha un sacco di cose da fare e è l’unico uomo che lavora nel mondo, è chiaro

che... se quel medico ha preferito per un anno e mezzo riempire mio figlio di antipsicotici anziché porsi il problema che forse potevano esistere delle terapie riabilitative che toglievano i comportamenti problema... ma era molto più veloce dargli gli antipsicotici.

Le faccio questa domanda perché lei ha tanta esperienza: prendiamo il primo neuropsichiatra infantile che ha avuto come prototipo di medico e immaginiamolo in un contesto comunicativo in cui sia possibile dirgli queste cose, cioè invitarlo davanti a un suo errore... per esempio, prendiamo questo, di dare antipsicotici per un mese, possiamo considerarlo nella categoria dell'errore medico, no?, perché ha conseguenze visibili e perché risponde inadeguatamente, e il genitore lo scopre e dice "caspita, pensavo che questo fosse la conoscenza fatta a persona, in realtà..."... però poi scopriamo che di cinquanta persone che posso intervistare, nessuno a mai parlato così al neuropsichiatra infantile, in questi termini "c'è stato un errore, questo è un errore: parliamone", né chi sta sopra di lui, l'organizzazione, né i genitori. Quindi i tipi tipo questo medico sono indisponibili alla comunicazione?

Assolutamente.

Anche perché gli altri non apparecchiano questa comunicazione, come se, mettendo il concetto di errore nella relazione, si rompesse la relazione: questa è l'immagine.

Questa è l'immagine, ma questa è la realtà.

E questa è anche la realtà: lei, dice, ci ha provato, perché lo ha sentito...

Allora, diciamo che...

Che strategie comunicative ha usato in questi anni, con lui?

Io con il neuropsichiatra infantile gli do del "tu", perché è nel comitato scientifico della mia associazione! Cioè, capisce a che livello sono arrivata? Quindi mi sono fidata di lui al 100%: abbiamo passato anni e anni dandoci del "tu", scherzando, avevamo l'ufficio di fronte al suo ambulatorio come associazione... cioè, si renda conto!

Piano piano ha iniziato ad assumere questa impressione che ci fossero degli errori di cui non si poteva...

Non potevo più... allora, io ho fatto l'errore di fidarmi di questa persona e di non voler prendere in considerazione alternative, sia perché mi fidavo, sia perché... per comodità, perché comunque lì non avevo, come dire, strumenti di giudizio, in realtà, li ho avuti col tempo: cioè, io adesso mi sono accorta che il farmaco X che ha somministrato a M. quattro anni fa, dopo un ricovero in stato di male, dicendomi, dopo tre mesi, visto che è un farmaco pericolosissimo, soprattutto nella fase dell'infanzia, non è testato, insomma è un farmaco da usare con cautela, "te lo metto su tre mesi e poi te lo tolgo": mio figlio ce l'ha ancora questo

farmaco, e G. mi ha detto “non possiamo toglierlo, perché è stabile nel sangue, se lo togliamo lo mandiamo in coma”. Allora, non mi puoi prendere per i fondelli in questo modo! Tu devi dirmi esattamente come stanno le cose e mi prospetti i pro e i contro, e io decido. Non che lo vengo a sapere... dopo tre mesi mi dice “eh no, sta ancora male...”. Mio figlio, sapete cosa gli ha fatto, G.? Non gli ha mica cambiato la terapia, gli ha tolto un farmaco: cioè, gli ha tolto un farmaco, mio figlio era intossicato da farmaci! Più crisi faceva, più il neuropsichiatra infantile gli metteva dei farmaci, più crisi faceva più glieli cambiava e glieli cambiava, sapete in quanto tempo? In quindici giorni. Sapete G. quanto tempo ci mette a cambiare un farmaco? Sei mesi. Oh, ma ragazzi, ma questi sono errori gravi! Nel senso che io lo so perché l’ho pagato sulla pelle di mio figlio, ma io non sono un’epilettologa, quindi se lei è il primario di neuropsichiatria e mi dice “questo farmaco, quindici giorni, lo mettiamo...”, io mi fido.

Poi, pian piano, ha maturato... prendiamo questo caso: anche in questo caso, l’interruzione del doppio dosaggio è stata immediata. Quindi, mettiamo che, per esempio, anche per i farmacisti, questo non sia quello che loro avrebbero fatto; però il neuropsichiatra infantile non si può chiamare, non glielo si può dire.

Però, voglio dire, questo è una corresponsabilità, di noi genitori e dei colleghi, perché...

Lei che strategie... io scommetto che una tipa come lei ci ha provato a fare domande...

Mah, io ci ho provato poi l’ho mandato a quel paese... nel senso, non ci ho mai litigato in modo diretto...

No certo, ha capito che, se anche faceva domane, non c’era quella disponibilità a negoziare; se lei diceva “ma quali altri farmaci...”...

No. Allora, la cosa assurda del neuropsichiatra infantile, se vogliamo parlare direttamente di lui, è che... io tengo per mio figlio un diario quotidiano, delle crisi ma non solo, di quello che fa e di quello che non fa...

Quanti anni ha adesso?

Adesso undici. E io praticamente andavo da questo medico e, ogni tot... allora... questo è M. (mostra fotografie), che qui non è venuto particolarmente bene, e il mio grande è questo qua, questo è F., che ha quattordici anni. Questo è il congresso... E... questo è F., non so se lo conoscete, dev’esserci anche il nostro medico... qui è il neuropsichiatra, è il congresso del 2008.

E questa è l’associazione delle famiglie?

L’associazione delle famiglie nel mondo, avevamo partecipato a questo congresso. Allora, andavo là e lui mi concedeva anche un’ora...

(interruzione fine nastro)

...hanno parlato un sacco, c'è propri voglia di entrare in tutte queste cose, forse è il momento.

Quindi, lui mi ascoltava in quel momento e poi se ne fregava e se sostanzialmente parlavamo di quello, cioè parlavamo dell'epilessia e delle crisi, quindi lui sostanzialmente... continuava a fare... toglì, metti, se usciva un farmaco sicuro che lo provava su mio figlio: quindi, con questa frenesia, senza mai risolvere niente, senza mai porsi il problema di dire "caspita, ho il mio collega G. con cui mi voglio tanto bene, che è nel comitato scientifico dell'associazione, che conosce la Stefania, mandiamolo un attimino anche da lui così abbiamo un consulto". Io questo passaggio lo davo per scontato, stupidamente, cioè pensavo che in etica uno potesse dirla una cosa del genere, "io sono molto bravo coi metabolici, per l'epilessia c'è il mio collega, ti mando da lui". E invece no, non è stato così. Quindi cos'è successo? Che nel momento in cui io ho detto con mio marito "adesso basta: conosciamo G., andiamo da G.", innanzitutto abbiamo scoperto che la modalità sulle crisi e sui farmaci è completamente diversa, quindi ci siamo accorti che avevamo veramente violentato nostro figlio in questo periodo qua, con questi "togli e metti, toglì e metti" di questi farmaci: prima cosa. Seconda cosa, G. – e subito sono rimasta lì perché con G., come associazione, ci ho fatto delle litigate pazzesche, perché anche lui è uno sclerotico allucinante, però come medico ti chiede "a scuola come va?": e io sono rimasta un attimino... ho detto "mi chiede come va a scuola? È incredibile" ... no, ma fa queste cose: caspita, questo è veramente un dottore che le guarda tutte, non è che guarda solo quello. Allora, subito siamo andati da G. di nascosto dal nostro neuropsichiatra, nel senso che... come fanno in molti, praticamente la B. faceva da tramite; quindi B. ci faceva da tramite, G. si sentiva con lei, concordavano la terapia e siamo andati avanti così circa un anno. Dopodiché, visto che M. è comunque un paziente conosciuto – cioè non è "il bimbo 123", è comunque, con l'associazione e una cosa e l'altra – insomma il nostro neuropsichiatra l'ha scoperto, che andavamo da G. e signorilmente dire "caspita, in effetti da quando va da G. non è più stato ricoverato, forse han fatto bene", no, si è offeso e ha ordinato a B., che mi ha convocato – con un imbarazzo, poveretta, esagerato, che sono stata quasi io a consolare lei – e mi ha detto "guarda, da domani ti chiude il day hospital", quindi anche prima dell'anno, che poteva anche dire, non so, "aspetto la fine dell'anno"...

Il day hospital...?

Il day hospital praticamente ci permetteva... praticamente è questa cartella aperta, durante l'anno, in cui: devo fare un prelievo di dosaggio, all'interno del day hospital vado da loro e me lo fanno; devo fare la visita dalla L., non faccio dalla pediatra la richiesta, all'interno del day hospital c'è una cartella...

...una cartella aperta che permette l'accesso diretto...

...ai servizi dell'ospedale, che può essere la pediatria, la neurologia... qualsiasi cosa che io debba fare in ospedale – con M. può succedere...

...è aperto...

E invece l'ha chiuso. Aggiungendo il fatto che per motivi assicurativi lui non poteva farsi carico di un paziente seguito da un altro "perché poi, sai, non posso approvare..."... cioè, una stronzata, nei fatti.

Perché, siccome non andava più da lui, non sapendo l'altro cosa gli faceva fare...

Lo sapeva benissimo, perché la dottoressa B. lo sapeva. Quindi io mi sono anche preoccupata di come possa averla trattata in questa situazione, sapendo... però, va beh. Quindi, sostanzialmente, io con lui, dopo non ho più avuto scambi, nel senso che non mi interessava... allora, il carico emotivo di dover gestire uno scambio con il neuropsichiatra infantile a, che non mi porta a niente, perché io tanto non ci torno da lui... chi me lo fa fare, mi vien da dire. Io mi son fatta carico di carichi emotivi, con lui, per anni, perché comunque nonostante tutto era una persona che al telefono ti trattava da merda, lo cercavi casomai... io, alla sera, quando mio figlio stava male, perché mio figlio spesso stava male di notte, perché le crisi epilettiche subentrano di notte, chiamavo F., e F. mi rispondeva; chiamavo la B., non chiamavo lui, perché lui non mi rispondeva; cioè, ben sapeva che io non abusavo del suo cellulare. Cioè, pazienti come M... M. era il numero due come epilessia nel reparto, no?, quindi non era la stupidata della mamma ansiosa, era un'epilessia seria. Cioè, quindi, se ti chiamo cinque volte all'anno, quelle cinque volte rispondimi, perché vuol dire che ti chiamo per una cosa grave. Quindi, a livello umano...

...fatica emotiva tanta, e decisione, poi scoperta che ci sono tantissimi medici e anche senso di colpa di non averlo fatto prima.

Esatto. Quindi, per tornare alla sua domanda, che soluzione con il neuropsichiatra infantile: io non ci vedo soluzioni, sono molto sincera, perché per come l'ho conosciuto non ha... per come parla dei colleghi dell'Usl, le riabilitazioni... per lui ci sono solo i farmaci, la scienza... però anche in questo, anche a livello di ricercatore, sinceramente non vale niente, perché noi, i soldi che abbiamo dato al reparto per fare ricerca su queste malattie, sono stati, prima di tutto, usati per fare dell'altro e soprattutto lui è stato l'unico tra tutti i nostri ricercatori – quindi G., i genetisti di Roma – a non pubblicare niente: allora, voi sapete che le ricerche scientifiche hanno come fine ultimo una pubblicazione, sennò non esiste niente. Cioè, lui ha due pubblicazioni nostre, bloccate, scritte dai ricercatori, che lui deve semplicemente correggere e mandare, ferme da cinque anni. Quindi, non posso neanche dire che lui ha un interesse

scientifico: non so che interessi abbia, sinceramente. Quindi... non lo so, non so che risposta darle.

Ok, è perfetto. E poi diceva che, quindi, siete passati a un livello 3, cioè adesso andate a Bologna...

Adesso andiamo a Bologna. A Bologna c'è una presa in carico assolutamente di tipo diverso, quindi i farmaci vengono gestiti in tutt'altro modo, con molto più criterio, cioè con molta lentezza – il carico e lo scarico –, con una visione globale del bambino. Ripeto, che G. mi venga a chiedere – ma ci sta, ci deve stare – “che riabilitazione fa?”, mi fa piacere: “signora, mentre lei mi parla io guardo M., vedo che sta facendo le costruzioni, vedo che ha detto questa parola”... cioè, allora questo è un paziente, è un bambino, non è un grafico epilettico, un EEG, un tracciato. Quindi, questa è una differenza notevole. Quindi, siamo presi in carico lì. Abbiamo però tanti frammenti: Brescia per un'unità, Torino per la gastroenterologia, forse Genova per la fisiatria... cioè abbiamo...

Vi siete costruiti una mappa delle eccellenze che voi coordinate.

Sì, però le coordiniamo noi.

Le coordinate voi e quindi questo è molto stancante. Va bene. Sul nostro caso, quindi... dunque, la direzione ha attivato il risk manager – glielo dico perché mi diceva “non so cosa è successo” –, lui ha attivato tre tavoli: i farmacisti, che hanno raccontato altri casi di errore, hanno messo in atto due pratiche, per esempio gli scaffali di farmaci che hanno la scatola simile sono stati ovunque separati, i dosaggi diversi sono stati separati... lo dico perché è stato molto utile in questo senso e un po' lo scopo di queste ricerche è simile. Quindi, dopo però si è chiusa lì, quindi la direzione non vi ha più raccontato quello che è stato fatto...?

No, allora, il risk manager

Il risk manager poi l'ha chiamata, le ha raccontato anche quasi su una sua cosa personale, eccetera...

Sì, non l'ho più sentito ma mi aveva detto che c'erano stati dei cambiamenti e mi avrebbe spiegato, ma poi non ci siamo ancora visti. Per compensare le critiche rivolte all'ospedale, se volete vi do anche il metro dell'Usl, come riabilitazione, che non è molto meglio, nel senso che anche lì, come dire... beh, visto che lui ha fatto i nomi, facciamo i nomi: allora, il sistema curante, tanto decantato ai congressi dalla dottoressa Dalla Vecchia, era una bufala gigantesca, era la più grossa presa in giro delle famiglie che poteva essere fatta, nel senso che con questo sistema curante lei decantava teorie di rete-famiglie-scuola-Usl, così, che non esistevano, anzi le famiglie venivano in realtà relegate a un ruolo di “poveri sfigati, non potete avere nessun

tipo di opinione perché tanto sappiamo tutto noi e vi diamo quello che fa bene su vostro figlio”: in realtà non era quello che faceva bene a nostro figlio. Allora, cos’è successo? Che, circa cinque anni fa, mio figlio aveva sette anni, aveva comportamenti-problema esagerati, era aggressivo, picchiava, era iperattivo... è lì che ha fatto delle visite che gli hanno dato il Risperidal, e il Risperidal non faceva un cavolo e me l’ha fatto tener su un anno senza nessun tipo di risultato... e era ingestibile: l’Usl gli dava un’ora di logopedia alla settimana, quando non c’erano congressi, quando non c’erano ferie, quando non c’erano... che non serviva assolutamente a niente, finché l’unica soluzione che mi avevano detto è “lo mettiamo allo (...)”. A sette anni? Al che gli ho detto “io non posso pensare a mio figlio in un centro diurno per disabili adulti a sette anni”. A quel punto ho toccato il fondo e ho avuto la fortuna, in quel caso, di conoscere un’altra famiglia che aveva una bambina autistica – la mamma è un chirurgo ospedaliero, non è l’ultima arrivata, cioè è una persona estremamente competente anche in questi campi qua, ovviamente, che aveva messo in atto con sua figlia questo metodo chiamato ABA, che era lo spauracchio della neuropsichiatria e forse lo è ancora: è un metodo anglosassone, che è comportamentale ed è assolutamente efficace nell’autismo, nei disturbi d’apprendimento, in tutto, anche nei normodotati, perché è un metodo che usano anche... la gestione del comportamento la usano anche nelle aziende, per dirle... che, come dire, non era attuato dall’Usl per due principali motivi – forse tre: uno culturale, perché sembrava un metodo da destra e non da sinistra, con tutta la stupidità che ci può stare...

Perché insiste nel contenimento agito con del comportamento...?

Perché dicevano che era un addestramento da cani. Secondo motivo: perché è un metodo basato sul rinforzo, che è la motivazione base su cui noi tutti agiamo, solo che nei normodotati il rinforzo, come dire, uno se lo trova automaticamente: io lavoro perché ho bisogno dello stipendio o lavoro perché mi piace o... in un bimbo disabile la motivazione la devi trovare tu, gliela devi proporre e utilizzarla per fargli imparare le cose.

Non tanto, quindi, la punizione, ma la motivazione.

Esatto. La punizione era il vecchio metodo Lovas che è stato abbandonato da anni, quindi... quindi, questo è il modello culturale. Secondo: è un metodo estremamente costoso, perché è un metodo che richiede venti ore di terapia – quantomeno nei primi due anni di applicazione – alla settimana. Terza cosa, terzo punto: perché è un metodo che è estremamente rigido nella formazione. Cioè, lei non mi può venire a dire che fa ABA, lei mi deve dimostrare che ha fatto gli esami, e gli esami sono internazionali, quindi nessuno si può improvvisare terapeuta ABA se non lo è realmente. Allora, per questi tre motivi l’Usl non solo non lo applicava, ma lo demotivava. Allora, io mi sono ritrovata con questa mamma che mi diceva “questo metodo

funziona”; io avevo mio figlio che l’unica alternativa era metterlo fuori di casa, picchiava tutti, era ingestibile. Ho detto “io ci provo” e molto onestamente, perché a me piace sempre fare le cose chiare, sono andata dalla Della Vecchia e le ho detto “guardi, dottoressa, io vorrei provare a fare questo metodo”. Allora, la cosa gravissima che lei ha fatto è stata non “guardi, signora, questo metodo io non lo conosco, può essere che funziona o non funziona, non lo so, non lo conosco, se lo vuol fare...”... l’ideale sarebbe stato “è un metodo che funziona però noi non lo abbiamo”, questa sarebbe stata la risposta onesta: è un metodo che funziona, perché ha delle basi scientifiche, ha letteratura, quindi non puoi dire che non funziona, “funziona ma noi non lo facciamo, quindi se lo vuol fare, fuori”. Lei mi ha detto “signora, se lei fa questo metodo, lei rovinerà suo figlio”. Allora, davanti a una primaria che dice una cosa del genere, se tu non fossi stata estremamente disperata o estremamente convinta di quello che volevi fare, avresti creduto a lei; in realtà, io ero estremamente disperata, estremamente convinta di voler trovare una soluzione, non avevo niente da perdere e l’ho fatto lo stesso: in tre mesi mio figlio ha tolto i comportamenti problema, ha tolto il Rispedal, ha tolto tutto... e l’ha fatto a pagamento. Dopodiché altre famiglie hanno iniziato a farlo, ci siamo raggruppati, siamo andati in comune, abbiamo portato la cosa in consiglio comunale, è venuto giù Fioretti, ha fatto la figura del cioccolatino sostenendo che non aveva documentazioni scientifiche e noi gli abbiamo dato davanti al consiglio comunale un plico così di documentazioni scientifiche. Per dirle a volte la superficialità con cui questi medici trattano noi genitori: noi genitori siamo in grado di leggere la letteratura medica, siamo in grado di andare su PubMed, di trovare tutto quello che voi negate che ci sia: ma non dovremmo farlo, perché, nel momento in cui è il bene del paziente quello che è il fulcro, voi dovete mettere in campo il dubbio...

Non sono capaci di apparecchiare la sosta, di dire “non conosco quel metodo”, oppure di dire... questo momento non si è mai gestito con professionalità, lei non ha sentito che dicessero “qua non lo facciamo, però provi a informarsi di più in un altro posto”.

Ma questi bambini, guardiamo come sta M. dopo tre mesi?

Quindi lei dice “questo non apre nuovi dubbi sulle loro incompetenze?”: no, non arriva mai quel momento.

No. Finché il comune, davanti al consiglio comunale che son cascati tutti dal pero perché non avevano mai sentito parlare di autismo, son rimasti di sasso nell’apprendere che le linee guida regionali parlano di venti ore di terapia – le linee guida regionali fatte anche dalla Dalla Vecchia, da Fiorini –, parlano di venti ore di terapia e ne danno una... allora, son rimasti di sasso e chiaramente, va beh, c’è stata una battaglia politica che vi riassumo, ovviamente il Pd appoggiava la Dalla Vecchia... insomma, alla fine, per fortuna, siamo riusciti a sgamarla, e

hanno creato questo progetto su dodici – adesso sono sedici – famiglie fortunate di Reggio, che hanno questa terapia gratis per dieci ore, le altre dieci se le pagano, oppure, come me, formi le insegnanti, la fanno a scuola, metti davvero in pratica il famoso sistema curante: con questa terapia tu hai le terapisti a casa, quindi tu famiglia devi imparare, insegna all'insegnante... allora sì, è quella la rete reale. Allora, di fronte a questa terapia, adesso l'Usl non nega più la parte scientifica, perché è palese, quindi non sta più a discutere sulla parte scientifica.

Quindi, inizia a ammettere che fa molto bene...

La dà per scontata, adesso: ma non c'è stato uno studio su come andavano queste terapie delle sedici famiglie, assolutamente no. C'è un'équipe... allora, hanno assunto una specialista in ABA all'Usl, che visiona le famiglie una volta o due all'anno, ma che non comunica con le terapisti che sono nel consorzio Romero, perché è una convenzione che c'è, non comunicano: comunque, non vedono i progressi, non vedono i video... c'è ancora una comunicazione praticamente interrotta, quindi prendono i dati ogni tanto e adesso è diventato solo un problema economico, questo, non è più un problema culturale, non è più un problema scientifico: è un problema economico e, anche di fronte a questo problema, negano l'evidenza, nel senso che se lei è ricca e ha bisogno di un'insulina al giorno e lei è diabetica e ha bisogno di un'insulina al giorno e io ne do mezza a lei e mezza a lei, io faccio crepare tutte e due, ok? Quindi se lei ha bisogno di un'insulina e io gliene do metà, lei sta negandomi la cura: quindi, se mio figlio ha bisogno di dieci ore di terapia o di venti ore di terapia e lei me ne dà la metà, lei gli sta negando la cura e questo non va bene. Quindi adesso la battaglia è su questo fronte, e non è cosa da poco, di far passare la terapia riabilitativa... è una terapia, cioè è una cosa che va a guarire un problema: cioè, mio figlio con questa terapia parla, non picchia più, non ha più usato psicofarmaci finora: rendiamocene conto. Ma questa terapia ha funzionato perché è una terapia fatta bene, perché è una terapia che gli ho dato per le ore che gli servivano: se io questa terapia gliela davo per due ore, non producevo alcun risultato. Quindi anche su questo ci sono degli errori palesi, degli errori che vanno a scontrarsi con dei problemi economici. Però a noi non ce ne frega niente, sinceramente: cioè, se siamo in un sistema sanitario che si prende in carico il paziente e io le tasse le pago tutti i mesi, non me ne frega, non è una risposta che io posso accettare il fatto che l'Usl non ha i soldi. Non me ne frega, li trova, non è un problema mio.

Ovvio. Io la ringrazio tanto, ho capito molto. Siccome in realtà è una ricerca che poi come grande cappello introduttivo avrà una riflessione sulla comunicazione in ambito medico,

e che quindi questi casi di errore sono l'occasione per vedere tutte queste tensioni, è molto utile tutto quello che ha detto, oltre a analizzare, appunto, dei casi in particolare.

E se vogliamo scendere sulla comunicazione, visto che io sono abbastanza ferrata per mia competenza professionale, nel momento in cui... anche qui stiamo facendo dei passaggi epocali. Allora, fare delle riunioni senza fare, non dico dei verbali, delle minute, non ha alcun significato: senza fare degli ordini del giorno, senza dare un orario di inizio e un orario di fine, non ha alcun significato. Cioè, finora le riunioni sono state fatte così: "allora, le famiglie sono convocate il giorno X alle 3", punto. Noi adesso abbiamo iniziato a dire "voi convocate con un orario di inizio e un orario di fine, un ordine del giorno perché io voglio sapere perché vengo lì; se ci sono dei documenti da valutare lei me li manda prima, non me li mette lì sul tavolo così mi frega perché io non ho il tempo di vederli; chi verbalizza lo fa, il giorno dopo manda il verbale a tutti, viene corretto e viene messo agli atti nel giro di una settimana". Cioè, gli stiamo sconvolgendo la vita, però è così che si lavora, sennò non ha alcun senso, sennò fai delle riunioni in cui tutti dicono tutto, tutti vengono poi contraddetti dopo un mese perché nessuno si ricorda più e... ma non perché non ci si fida, ma perché non è così che si lavora nel mondo reale.

In una struttura organizzativa... cioè, non si immagina...

Esatto, ma è anche questione di comunicazione, cioè, la comunicazione... voglio dire, se l'obiettivo è trovare anche una mediazione su un argomento, no?, non è che, se mi dai un documento, me lo dai il giorno stesso così non ho tempo di guardarlo, non è così che funziona. Sennò come facciamo a mediare? Me lo fai arrivare prima. Cos'hai paura, che io mi prepari? Ma certo che mi preparo! Scusa, voglio dire... su questo c'è da lavorare tantissimo.

Bene. Ottimo. Grazie mille.

INTERVISTA NUMERO 8

Ecco, appunto, dicevo: tornando al caso del farmacista, della signora, del bambino, eccetera, cerchiamo di ricostruirlo un po' dal suo punto di vista, cioè da quando è stato chiamato e poi cercando di immaginare la comunicazione con tutti gli attori, cioè che contatti avete avuto con la famiglia, o sennò col dottore che ha prescritto i farmaci. Intanto torniamo a raccontare questo caso: come lo racconterebbe?

Come l'ho vissuto io e come ne sono venuto a conoscenza. Io ne sono venuto a conoscenza a seguito di una nota che è arrivata dalla direzione e ci chiedeva un po' di chiarimenti rispetto a quello che era accaduto, cose di cui io non ero assolutamente a conoscenza. Quindi la prima

cosa che ho fatto, oltre a preoccuparmi, oggettivamente... mi sono un po' preoccupato: quando vieni a conoscenza che è stato commesso un errore di consegna di un farmaco e che questo farmaco ha potenzialmente provocato qualche piccolo disturbo – o grande disturbo, a seconda di come lo ha visto – è evidente che la preoccupazione c'è, e la prima cosa che ho cercato di fare è cercare di capire cosa era successo, come si erano svolti i fatti, quali erano le persone coinvolte, per farmene... per capire, per capire in primo luogo questa cosa: non per attribuire delle colpe, ma innanzitutto per cercare di capire se il sistema, che è il nostro sistema farmaceutico di distribuzione dei farmaci, poteva aver avuto delle lacune, potevano esserci stati dei buchi, ci poteva essere stato qualche cosa da migliorare – sono anni che con Pietro portiamo avanti l'attività insieme, anche sulla gestione del rischio abbiamo avuto occasione di pensare, di parlare, di riflettere su queste cose, abbiamo da tempo fatto delle procedure, portato avanti delle procedure, delle decisioni operative al fine di ottimizzare o cercare di annullare è impossibile, ma comunque ridurre quelli che possono essere degli errori, che possono essere chiaramente anche grossi, dipende da quello che si fa, da tanti aspetti... In ogni caso, sulla cosa io ho cercato di capire chi erano gli attori...

La direzione l'ha chiamata al telefono o le ha mandato una nota?

No no, mi ha mandato una nota, una nota della famiglia.

Le ha mandato direttamente la nota della famiglia, la quale faceva riferimento se lo ricorda a cosa?

Faceva riferimento al fatto che erano stati consegnati dei farmaci sbagliati per cui il bambino, a detta anche del clinico che l'aveva visitato, aveva avuto dei problemi di sonnolenza perché la terapia era stata protratta per un periodo di tempo – circa una settimana, se non ricordo male...

E che, quindi, glielo dicevano perché...?

Perché chiaramente... ora, noi non sapevamo se la famiglia magari poteva chiedere qualche risarcimento o andare a dare degli effetti di tipo penale per l'errore commesso: è vero che noi abbiamo un'assicurazione che gli operatori hanno sulla colpa grave, escluso l'effetto penale ovviamente, dal punto di vista risarcitorio.

Dal punto di vista civile.

Dal punto di vista civile, non dal punto di vista penale, perché lì le responsabilità sono individuali, è chiaro che si risponde personalmente delle proprie azioni nel caso in cui la famiglia avesse personalmente fatto causa e si fosse rivolta a...

Però la lettera non faceva menzione...?

Assolutamente, non c'era nulla...

E faceva menzione – l'intervistato 6 non se lo ricordava – faceva menzione al fatto di aver segnalato il caso per evitare che in futuro...

Certo, sì.

Questo c'era, cioè la segnalazione era motivata...

Lamentava il fatto che c'era stato un errore, ma ce lo dicevano in... anche perché poi con la famiglia c'erano dei trascorsi anche molto positivi, c'era molta collaborazione, come di solito si cerca di fare con...

(interruzione)

E quindi la direzione le passa le lettera e la lettera faceva riferimento a questo, a che in futuro...

E questo già un po' ci rincuorava, perché chiaramente non c'era una volontà di andare avanti per vie legali, però certamente lamentava un fatto che non era certo positivo, questo è fuori discussione. Allora, accertato questo, io ho parlato con gli interessati, cioè mi sono rivolto a chi normalmente effettua la distribuzione diretta, che sono dei farmacisti, lì in via (??), che sono il dottor ?? e la dottoressa ?. Stabilito che era stato l'intervistato 6 che aveva fatto questo tipo di distribuzione, sono andato a parlare con lui e ho cercato di capire come si erano svolti i fatti, quando era successo e che tipo di prescrizione c'era. Logicamente poi abbiamo esaminato insieme tutte queste cose, cioè come è successa la cosa, e abbiamo visto due cose. Primo: la prescrizione fatta dal medico, che dava adito a dubbi interpretativi, che poteva tranquillamente – e su questo abbiamo pensato che si deve assolutamente lavorare e fare in modo che la prescrizione sia la più chiara possibile per chi deve fare l'erogazione ma anche per chi poi deve assumerla, perché, se non ricordo male, la prescrizione prevedeva un dosaggio variabile nella giornata, per cui erano 300 più 300 più 600 la sera... è la prima cosa. Seconda cosa è che le confezioni in commercio, della ditta...

Veramente simicissimi...

...aveva una confezione estremamente simile. Allora, sicuramente c'era anche un altro aspetto. Allora, probabilmente la famiglia era abituata a prendere una sola confezione, un unico dosaggio, che era quello da 300, per cui invece di prendere due compresse la sera... una sola compressa, quella da 600, ne prendeva due, era abituata così. Quando è stato cambiato il dosaggio, e quindi quando da 300 è andata a 600, cos'è successo? È successo che chi ha fatto l'erogazione, in realtà poi dopo abbiamo capito che si era sbagliato perché prima davano solo ed esclusivamente quelle da 300, perché è sempre stato così... ma purtroppo è stata presa una confezione simile, ha fatto un errore materiale, e di conseguenza è stato fatto lo scambio, perché – teoricamente – si poteva teoricamente fare la distribuzione di due confezioni, quella

da 300 e quella da 600, a fronte di un'informazione accurata al paziente, per cui si diceva: "questa confezione tu la usi (quella da 300) per quelle due somministrazioni, quella da 300 più 300, una la mattina e una il primo pomeriggio, e l'altra (quella da 600) invece di due compresse da 300 te ne do una da 600, è anche più semplice la soluzione, però attenzione che questa la devi prendere solo la sera". Quindi mancava questo aspetto qua, dal punto di vista informativo. Ma in realtà c'è stato lo scambio, è stata presa una confezione da 600 come se fosse da 300, e l'errore c'è stato, e quindi non c'è stata l'informazione. L'altro aspetto che poi noi ci siamo preoccupati di fare era lavorare, quindi, sulle procedure della distribuzione diretta...

...che rendesse più chiare le...

...che rendesse più chiari i vari percorsi... e, a proposito, le posso anche dire che abbiamo attivato, abbiamo messo in piedi, un sistema di verifica e controllo del distribuito, per cui a fronte del fatto che viene inserito un piano terapeutico – diciamo un piano assistenziale – che, diciamo, prevede l'inserimento di tutti i farmaci con il nome, con la dose e con la durata della terapia, e anche la posologia. Quindi, a fronte del fatto che se fosse stato inserito il piano terapeutico che prevedeva solo la distribuzione del 300 mg; a fronte del fatto che si passano tramite penna ottica, sarebbe emerso in maniera molto chiara che in mezzo a quelle cinque confezioni ce n'era una da 600, e questo sarebbe saltato fuori con un bel pallino rosso che diceva "attenzione: semaforo rosso, qui non si passa", e avrebbe intercettato... questo è un processo di miglioramento del sistema, del programma, che viene messo a disposizione oggi a tutti i farmacisti: oggi viene fatta questa cosa qua. Per la verità, non le dico che viene fatto regolarmente questo passaggio, questo succede quando le terapie sono più complesse per cui il paziente assume molti farmaci e quindi questa cosa viene fatta. La seconda cosa che abbiamo fatto è, dal momento che c'erano confezioni simili, sapendo che c'è un progetto ministeriale per tutte queste confezioni simili, abbiamo fatto un'operazione informale mandando una comunicazione (... ad alba???), segnalando appunto il fatto che c'erano queste confezioni, oltre al fatto che l'abbiamo fatto girare al nostro interno, questo è evidente. Però purtroppo di confezioni simili ce ne erano già segnalate, abbiamo anche presentato in tutti gli ospedali, in tutti i dipartimenti, a tutti gli infermieri, e abbiamo posto l'attenzione sulle confezioni simili, perché presentano una grossa criticità. Questo succede ancora: lei non lo sa ma noi abbiamo, a Reggio Emilia, un unico magazzino che fa gli acquisti dei farmaci per tutte le unità operative; questo magazzino che serve tutta l'azienda Asl in questo momento... e, nel giro di due anni, avremo un nuovo magazzino di area vasta che servirà le sette aziende da

Piacenza a Modena. Quindi anche loro sono stati informati della cosa e responsabilizzati a segnalare, quando arrivano, nuovi prodotti che hanno questa problematica...

...scatole simili...

...viene fatta la segnalazione. Questa attenzione all'interno del dipartimento c'è e facciamo queste segnalazioni. Questo non vuol dire che automaticamente non si possa acquistare un prodotto diverso da quello che è stato aggiudicato, non è così: si mettono in piedi una serie di accorgimenti, si informano i reparti utilizzatori e si fanno queste operazioni. Noi da sempre facciamo un controllo sugli armadietti di reparto – per armadietti di reparto intendo poi sulle scorte di farmaci presenti nelle unità operative. E una cosa a cui teniamo molto è – oltre al fatto di controllare le scadenze, regolarmente, chiaramente, perché c'è un modello di auto ispezione mensile che deve essere fatto dalle unità operative e consegnato a noi per le verifiche del caso... e sulle verifiche di tener separate proprio fisicamente prodotti che hanno lo stesso nome ma con dosaggi diversi, e quando ci sono prodotti critici... abbiamo fatto in modo che sulla confezione di alcuni prodotti venisse messa una cosa distintiva, affinché si potessero riconoscere...

Quindi, l'aspetto farmacologico, perché è all'interno di processi come reti molto larghe, passaggio su vasta scala che si compone, quindi centralizzare e organizzare in modo simile; poi doverli distribuire e dover passare da tanti specialisti; quindi il farmaco diventa uno dei momenti, ovviamente, di fragilità del sistema: la mancanza di tempo nell'aumentare delle reti, nell'aumentare della scala dei coordinamenti...

...e i tanti attori...

...e i tanti attori, quindi l'elemento forte di turnover, il farmaco effettivamente diventa uno dei punti di rischio proprio anche perché c'è l'aspetto commerciale della forma, della scatola, della marca...

Ci sono diversi aspetti, esattamente.

Ok. Quindi voi adesso, in questo momento, siete all'interno di questa riflessione su come diminuire...

Sì.

Questo caso è stato un caso tipico – potremmo dire, in questo senso – e quindi lettera al ministero, quindi questa tensione verso standardizzare e ridurre i rischi.

Cioè, abbiamo usato anche questa cosa qua per segnalare al ministero e siamo continuamente coinvolti quando veniamo a conoscenza... o perché ce lo segnalano gli infermieri – perché gli infermieri, anche loro, sono stati sensibilizzati... ce lo segnalano gli infermieri, ce lo segnalano i medici – soprattutto gli infermieri sono un po' più attenti su queste cose, perché la gestione

dell'armadietto fondamentale è loro –, ci segnalano appunto queste criticità e... o perché magari durante il corso le vediamo, perché chiaramente anche i farmacisti gestiscono molto le confezioni di farmaci. Questo purtroppo è capitato a noi e logicamente... questo non vuol dire che ci scusa e che ci ripara dalle responsabilità, non è così: certamente, però, se noi riusciamo a togliere questo tipo di problema indubbiamente è di grosso aiuto.

Quindi, lei, oltre a queste segnalazioni, avendo parlato con l'intervistato 6, cos'ha fatto? Ha telefonato ai genitori? O ha telefonato, o ha mandato lettere, al venditore...?

Abbiamo preparato una lettera, che poi abbiamo mandato alla direzione, che poi ha fatto tutto con la famiglia, ecco. Comunque con la famiglia noi abbiamo ritirato le confezioni che erano rimaste, ci siamo scusati per l'errore, perché era stato commesso un errore, perché purtroppo ci è molto dispiaciuto. Sulla gravità della cosa non abbiamo parlato con il clinico, io personalmente non ho parlato con il clinico, perché comunque si sarebbe creato... poteva crearsi un attrito sul fatto che noi potevamo dire "guarda, la responsabilità è tua perché hai scritto male la prescrizione, perché dava adito a dubbi interpretativi", ci si poteva attaccare a queste cose ma non aveva un gran senso. Cioè, poi magari il clinico ha esagerato un po' l'aspetto che sicuramente... poi abbiamo visto che le dosi assunte erano per un giorno e mezzo e non per sette giorni. Questo non rispondeva al vero, quello che è stato scritto, però non possiamo ancora dirlo, un rimpallo di responsabilità non ha senso.

Quindi la comunicazione con gli specialisti che compongono effettivamente delle prescrizioni, che possono essere un po' confuse...

...con la famiglia.

Con la famiglia

Con la famiglia, perché la famiglia era quella danneggiata.

Ok, perfetto.

Dovevamo evitare l'attrito, il conflitto, utilizzando la famiglia per un rimpallo di responsabilità che non... cioè, non aveva senso. Abbiamo capito che, secondo noi – ce lo siamo detti – secondo noi è un po' esagerato il clinico nel dire "mah, è una cosa molto grave": sicuramente è stata grave, però è anche vero che i fatti dicono... perché poi le abbiamo contate, le compresse... che in realtà ne erano state usate tre.

E quindi voi avete scritto alla direzione che ha mediato verso la famiglia.

Che ha mediato verso la famiglia, perché normalmente il processo è così: quando arriva un reclamo non c'è una procedura generale sui reclami, arriva al responsabile del reparto, arriva al direttore del dipartimento (se coinvolto), dopodiché io, è chiaro, se è stato un mio operatore, chiedo quello che è successo, viene predisposta una lettera con tutto quello che noi

riteniamo sia giusto scrivere, delle scuse... e anzi, in alcuni casi abbiamo anche ringraziato che venissero fatte delle segnalazioni... dopodiché non abbiamo fatto nessun tipo di rimostranza verso il clinico.

Ok. E la comunicazione... cioè, i due frammenti come si chiamano? Si chiamano come forma più di rimostranza? Cioè, l'immaginario è legato al fatto che se voi aveste chiamato il neuropsichiatra infantile per dire "migliora il foglio perché non si capisce", questo è inusuale?

No, è in un secondo tempo.

In un secondo tempo, quando non c'è lo spettro della responsabilità legale.

Quando abbiamo dei dubbi... intanto si dà quello che viene scritto; se ho dei dubbi interpretativi si chiama il clinico e gli si chiede di esplicitare meglio la prescrizione. Anche se sono convinto che i nuovi sistemi di prescrizione informatizzati, il fatto che venga prescritto un farmaco specificando, oltre che il nome, la dose farmaceutica e le modalità di assunzione... le modalità di assunzione nei tempi e nei modi significa che se io devo prendere una compressa tre volte al giorno, il medico mi deve scrivere, non come fa adesso "una per tre", ma mi scrive "una alle ore otto, una alle ore sedici..."

Di questo dosaggio...

Questo dovrebbe essere. Non è nella penna dei medici, di molti medici, purtroppo, però... e questo è un primo aspetto e dobbiamo richiamare i medici: capitano delle prescrizioni che noi rifiutiamo... due giorni fa mi sono un po' arrabbiato con un medico che ha mandato una paziente con un rinnovo di un piano, sempre gli stessi farmaci, lui ha messo solo la firma in un foglio bianco e ha detto alla paziente "compilatelo tu", e io mi sono assolutamente rifiutato di accettare una cosa del genere, questo è un compito specifico del medico: è assurdo e noi dobbiamo rimandarli indietro purtroppo a mani vuote. Io ho telefonato al medico, "guardi, questo non possiamo accettarlo, deve farci la prescrizione perché questo è compito su: anche se fa gli stessi farmaci, non possiamo... anche se ho la tua firma, io non lo accetto".

Certo. Questo è legato anche al fatto che voi avete dei tipi di pazienti informati, cronici, continui, su cui piano piano scivola una certa automedicazione, che però...

La cosa più grave sono le abitudini, il fatto che tanto la terapia non cambia, è sempre così... c'è il rischio di essere un po' troppo rilassati, di non mantenere attiva l'attenzione. C'è anche un altro rischio, che qua c'è anche un carico di lavoro relativamente pesante e vuoi sbrigare... e questo sia uno stimolo per far prima e liberarti del problema: non è una buona cosa.

Il tempo, sì...

Bisogna dedicare il tempo giusto alla persona giusta. E se c'è da spendere qualche parola bisogna spendere anche qualche parola in più. Credo che prima di tutto venga la sicurezza, dopo tutto il resto.

Questa pressione psicologica del tempo...

Si sentiranno le lamentele, ma d'altra parte tutti vanno a fare la fila in banca, in posta, all'Ac...

Quindi questa pressione alla velocizzazione è comunque anche lo sguardo potente di un utente che fa pressione, che si lamenta e, quindi, quando lei adesso sta dicendo "si sentiranno le lamentele" è un richiamo al fatto che per tenere sotto controllo il rischio bisogna avere le spalle larghe rispetto alle aspettative.

Certo, bisogna sapere affrontare le problematiche, non è che possiamo sempre essere super veloci e super efficienti: bisogna essere efficienti nella misura in cui...

La velocità non è necessariamente un indicatore di efficienza: quando c'è questo livello di complessità...

No anzi, la velocità secondo me può creare dei problemi, a volte.

Ok. E il suo ruolo? Mentre con l'intervistato 6 mi sono fermata più su chi ha fatto l'errore, lei ha un ruolo intermedio, una responsabilità strana, cioè una responsabilità...

Io ho la responsabilità organizzativa e gestionale di tutti i colleghi del dipartimento farmaceutico, quindi la mia responsabilità... io non sono direttamente responsabile delle persone, però sono responsabile nel momento in cui io non metto in atto questo segnale, questo segnale che arriva, e tanti altri segnali, per cercare di: a) intanto rassicurare eventualmente l'operatore che lavora con me, nel senso che comunque non è che non avrà più la mia fiducia, perché logicamente... è chiaro che l'invito a seguire altri percorsi e processi deve essere fatto, deve essere ripetuto, però, stabilito che la fiducia ce l'ha, anche vedere dal punto di vista organizzativo come andare a migliorare come, tra virgolette, non dico eliminare, ma ridurre questi eventi.

Quindi lei se la prende, questa sua posizione, in questo modo?

Io la vedo così, credo sia questo. Io me la sono fatta così.

La vede così, come suo modo di...

Io me la sono fatta così, cioè non è che il mio compito era: sì, ok, le do la risposta, ci scusiamo, finito.

Quindi lei, se uno avesse – come va di moda adesso, questo modo di burocratizzare tutti i percorsi... il percorso suo è: primo, rassicurare l'operatore; secondo, chiarire con l'unità; terzo...

Cioè, se vogliamo insieme crescere e migliorare, ci deve essere un rapporto di fiducia reciproco per il miglioramento della qualità del servizio che cerchiamo di dare, sennò basta un distributore automatico.

Quindi, il suo ruolo è proprio anche questo, di accertare i fatti dopo aver assicurato. Nessuno le ha mai detto come stabilire questo ruolo...? Mettiamo il caso che lei la chiamiamo "l'accertatore dei fatti", cioè il primo che ha il compito di ricostruire un po' quello che è successo quando arriva la lamentela.

Io sono il direttore di dipartimento che si è fatto la gavetta, che...

È stato nei panni dell'operatore...

Assolutamente, ho fatto lo stesso lavoro dall'87 al 2004, e quindi ho visto tutti i vari processi, problemi che ci sono stati, gli incidenti che ci sono stati... quindi conosco perfettamente questa posizione...

...e quindi parte dall'operatore.

E quindi la vivo come una cosa che poteva capitare anche a me: è capitato a lui magari perché è più sfortunato, perché... è evidente che oggi l'intensità della distribuzione diretta è superiore a quello che era in passato, quindi il rischio c'è, la probabilità che succeda... Questo però non vuol dire che non dobbiamo... io la sento come parte mia, cerco di essere meno burocrate della situazione, perché io penso di essere uno come loro, nel senso che non sono... sì, ho l'incarico di direttore di dipartimento, ma mi sento assolutamente un farmacista come loro.

Ok. E quindi questa interfaccia...

B: Questo non vuol dire che non cerchi di esercitare il mio ruolo, lo devo fare, a volte è anche spiacevole per certe cose, però... cioè, siamo amici ma io resto...

Chiaro, lei ha la responsabilità di dare una risposta perché è la direzione su cosa è successo...

Esattamente.

Quindi questo ruolo, che lei mi ha già detto un po' come lo vive... poi magari nel nostro linguaggio ci sono molti modelli: lei oscilla un po' sul modello empatico e anche un po', diciamo, paternalistico del dire "ho questo operatore, però..."...

Beh, paternalistico fino a...

Fino a un certo punto.

Io mi comporto, forse anche in questa situazione, così, questo è il mio carattere, non lo so...

No no, è un modello operativo anche molto utile.

Questo chiaramente se c'è da...

Certo, è stata la sua responsabilità...

Non è che bisogna dire “non è successo niente”.

Certo. E, appunto, questo ruolo di primo ricostruttore dei fatti, visto che è lasciato sempre abbastanza ambiguo... cioè nelle procedure, quando qualcuno – il direttore – viene sollecitato rispetto a un errore, lui, per ricostruire, per farsi un’idea di quello che è successo, si muove a modo suo: alcuni, per esempio, chiamano l’operatore e poi tornano alla direzione; altri operatori, famiglie-direzione; altri operatore-specialista...

Cerco di partire dai fatti, da quello che è successo e da quello che avevamo a disposizione, appunto la prescrizione, che cosa gli avevamo dato: avevamo disponibile una lista informatizzata di farmaci che gli avevamo dato e si vedeva che questo c’era e chiaramente l’errore è saltato fuori. Che poteva anche non essere un errore, eh, attenzione, perché se uno... poteva anche non essere un errore se ci fosse stata adeguata informazione alla famiglia e quindi al fatto che io consegnavo... supponiamo, io non ho la confezione da... sufficiente per coprirvi la terapia di un mese, ce n’ho da 300 e ti do, piuttosto che farti ritornare, per farti un piacere, invece che dartene due ti do quella da 600, però ti avverto che quella compressa tu la devi prendere solo ed esclusivamente la sera; ecco, a quel punto io ero assolutamente a posto con la prescrizione che diceva 300 più 300 più 600. Quindi, formalmente potevamo anche dire “non ci siamo sbagliati, il paziente ha capito male, chiusa lì”. Ha capito?

Certo. Invece l’intervistato 6, molto responsabilmente...

Non si fa così.

...si è ricordato che non c’era stata quell’informazione, quel fatto, e quell’informazione non c’era stata neanche a monte e quindi lui ha ammesso...

Ha avuto un comportamento corretto, trasparente.

Perfetto. Quindi lei poi ha riscritto alla direzione...

Abbiamo scritto dicendo quello che era successo e che chiaramente eravamo dispiaciuti, abbiamo segnalato tutto quello che si poteva fare, ad oggi, appunto, per limitare i danni, oppure per limitare gli errori.

Dispiaciuti di una mancata informazione e anche di uno scambio della scatola.

Dispiaciuti di una mancata informazione e di uno scambio, perché in realtà c’è stato uno scambio, la verità è quella, che purtroppo, come abbiamo potuto dimostrare, le scatole sono molto molto simili, quello che cambia è solo il numero, perché il colore, la grafica è la stessa.

E lì è morto tutto, la direzione non ha fatto niente... Si è fatto un’idea di che tipo di causa... se la stessa identica cosa fosse capitata senza che ancora si vedessero le conseguenze sul ragazzo... era capitata la stessa cosa, il ragazzo magari cadeva in un momento di letargia e la lettera arrivava in quel momento, quando c’era ancora lo spettro

della conseguenza: lei l'ha mai sentito il fantasma dell'azione legale? O di quanto conta che dalla lettera non trasparisse in alcun modo la volontà legale?

Quello un po' ci ha rincuorato, nel senso che comunque c'era un ottimo rapporto con la famiglia, e quindi chiaramente il fatto di... io ritengo che nel caso specifico la famiglia abbia ritenuto che quello fosse stato un errore involontario, quindi non certamente voluto. È chiaro che non tutti sono così, a volte capita... ma non ci è mai capitata una cosa così, personalmente, a quanto ne so io, non abbiamo avuto delle conseguenze di tipo legale. È capitato che siano stati fatti degli errori per cui sono stati chiamati e abbiamo chiesto alla famiglia di restituirci le confezioni e le abbiamo cambiate: però abbiamo anticipato gli eventuali effetti che potevano succedere. Poi lei sa che se succede un danno questo deve essere dimostrato, ovviamente deve esserci una denuncia da parte dell'interessato: se io ritiro un farmaco in farmacia e sbaglio a dare un farmaco, io posso fare causa alla persona che ha fatto la consegna perché io ritengo di aver avuto un danno... e funziona così.

In questo caso non le è venuto in mente che la lettera potesse essere la prima mossa in quella direzione?

No, nel senso che non ho pensato a questa cosa. Se dovesse capitare, la cosa ci dispiace molto, però... cosa dire...

A chi si rivolgerebbe, sempre alla direzione? È poi la direzione che si rivolge al legale?

Dopo, dopo ci si rivolge alla direzione, si cerca insieme con la direzione e l'ufficio legale della nostra azienda di imbastire quello che è necessario fare, una memoria, non so, qualcosa di scritto. Intanto noi, almeno da un punto di vista patrimoniale, siamo salvaguardati, nel senso che c'è un'assicurazione che copre ogni singolo... che è volontaria, eh! Nel senso che io la pago, chi la vuole se la paga, io ho invitato tutti i colleghi a farsela... cifre modeste... sì, sono cinquecento euro l'anno, non è poco, però soprattutto chi ha, almeno dal punto di vista... è chiaro che, dal punto di vista penale, lì non ci possono fare niente, però... è chiaro che se si deve dimostrare la volontarietà alla cosa, il dolo...

Certo. E questo ruolo un po' di mediatore, tra la direzione e l'operatore e la famiglia, non le è mai venuto in mente, o le sembra inopportuno... se io le dico "chiamare gli attori" a parlarsi?

Io ho avuto – non in questo caso –, ho incontrato diverse famiglie, a volte, che sono venute da me per lamentarsi di alcune questioni...

E lei non ha chiamato l'operatore, le ha gestite lei?

Sì, sì, le ho gestite da solo, sì. Cioè, non abbiamo creato assolutamente un tavolo di lavoro dove c'erano le varie persone coinvolte.

Questo le evoca tensioni? Le evoca l'idea di...? Oppure anche di inutilità, di spreco di energie...?

No, io credo che a volte raccogliere anche i reclami o le lamentele scritte e verbali di utenti sia utile per capire come poi andare a migliorare le cose; a volte serve anche per assicurare; a volte ci sono anche utenti che pretendono la luna e non la si può dare, la luna, perché ci sono delle norme. Poi magari ricevono una risposta e non sono soddisfatti della risposta, di conseguenza vengono all'attacco. Capita spessissimo che, o perché male informati o perché in altre realtà hanno avuto delle altre esperienze, vengono da me a lamentarsi che non hanno certe prestazioni... è successa una cosa molto carina, di un paziente che è venuto da me a dire "vorrei sapere perché voi tollerate che i medici prescrivano un farmaco più costoso quando io stavo bene anche con l'altro farmaco, che non costava niente"... è carina, questa cosa. Un paziente diabetico che faceva uso di determinati farmaci ed era compensato, è andato da uno specialista, gli ha cambiato la terapia perché sarebbe stato meglio, in realtà lui non è stato per niente meglio e quindi dopo un certo periodo di tempo è tornato, gli ha cambiato tutta la terapia ed è ritornato a quella che aveva prima; però lui è venuto da me a fare certe osservazioni, mi ha detto "perché me l'ha cambiata se il farmaco che prendevo prima costava cinque euro? Ho visto che il farmaco che prendo adesso, che mi ha dato lo specialista, costa centosettanta. Perché voi tollerate questo dottore?" "Perché ha la libertà prescrittiva. Io non posso mica obbligare il medico a prescrivere solo i farmaci meno costosi: dovrebbe essere compito del medico scegliere, a parità di efficacia clinica, il meno costoso." Ha capito, capitano anche...

No no, fermiamoci su questo aspetto, che secondo me è molto interessante, del farmaco. Cioè, diciamo...

Cioè, non è sempre vero che il farmaco nuovo, l'ultimo uscito o il più costoso, è sempre il più efficace, non è mica vera questa cosa. Però, la spinta dell'industria farmaceutica, la spinta della presunta innovatività del farmaco, fa sì che ci sia questa prescrizione, a scapito ovviamente dei farmaci consolidati, sicuri, conosciuti, noti anche per gli effetti collaterali, perché si sa tutto dei farmaci che hanno venti o trent'anni, no? E questo però fa sì che... per questa cosa qua ho organizzato un incontro per domani con gli esperti di epatologia per parlare con loro anche di questo caso, perché secondo me è interessante. Ma in realtà è interessante perché il paziente stesso, o l'utente o anche il cittadino, si preoccupava del fatto che questa sua terapia che non aveva funzionato era anche costata un sacco di soldi. Perché giustamente sono soldi anche miei, se io pago le tasse. È carina, la cosa...

Molto, molto carina. È carina questa cultura dei casi, del discuterli perché illuminano situazioni, ed è carino il fatto del farmaco che ha tutta una sua collocazione, no?, nella questione del rischio, però è una collocazione che, oltre a essere questa della frammentarietà, dei rischi di composizione, della traccia scritta, del problema... ha anche questa specificità: si colloca molto tra cure e mercato, e che quindi questa cosa viene vista, secondo lei, oppure rimane come qualcosa di non socializzato?

Poco, no, poco. Diciamo così...

Poco perché non viene visto o perché ancora tra medici non se ne parla? Perché ancora evocare il fatto che un medico scelga per una promozione, perché ormai è tanti anni che ci sono i promotori, c'è tanto questa esposizione del medico a... però non è una questione presa in carico...

No, è presa in carico nel senso che, ovviamente, le aziende fanno, promuovono iniziative di appropriatezza prescrittiva, dove i pilastri sono: usare farmaci efficaci, sicuri ed economicamente vantaggiosi. Questi sono i tre pilastri, cioè, a parità di efficacia, di tollerabilità e di sicurezza, usare il farmaco economico. Ma questo perché c'è un problema di tipo etico, al di là delle... cioè, il sistema si regge se questo... lo sai anche tu, partecipi a questo tipo di attività, se tu come clinico hai la libertà prescrittiva – perché è libera la prescrizione, non è... ci sono farmaci vincolati dal piano terapeutico, indicazioni registrate, tutto quello che vuoi, cioè ci sono dei limiti, non è che non ne hai; però, all'interno di una categoria, ci sono farmaci che costano di meno rispetto a farmaci che costano di più. È una scelta, no? Ogni clinico fa, con in mano il suo bravo ricettario, fa delle scelte e purtroppo non è che noi possiamo imporre una prescrizione, perché non si può. Allora, io credo che il cittadino non sia adeguatamente informato su quanto costa la sua terapia. Anzi, mi auguro che l'informazione strisciante che capita sui farmaci... perché la prescrizione medica è legata alla pubblicità e la pubblicità è possibile soltanto con i farmaci da banco o quelli OTC. Questo non succede, per esempio, negli Stati Uniti, anche se c'è una pressione perché anche l'EMA faccia questo tipo di operazione e acconsenta alla pubblicità dei farmaci cosiddetti etici. Ma noi personalmente, troviamo devastante una cosa di questo tipo, perché sicuramente non è un bene per nessuno. Io penso che non possiamo considerare un farmaco alla stregua di un sapone, di un detersivo o di una pastina del Mulino Bianco, insomma.

Quindi, questo...

Però, diciamo così, non lavoriamo con i medici, lavoriamo sull'aspetto formativo e informativo in modo indipendente, dopodiché cerchiamo... facciamo i report, mandiamo i consumi, mandiamo informazioni su quello che è stato il livello di consumo e di spesa, la variabilità sua

rispetto alla media della sua categoria, rispetto alla media del suo distretto dell'azienda, e le valutazioni, poi... non spettano solo a noi, ecco: noi non ci permettiamo di entrare sull'appropriatezza descrittiva, intendiamoci.

Ok. Quindi l'idea è aumentare la formazione del medico in modo tale che sia consapevole...

Interveniamo su alcune questioni di appropriatezza, appropriatezza magari perché è mancato il rispetto, ad esempio, delle indicazioni necessarie: se il medico mi prescrive un farmaco che è indicato solo per il sesso maschile e me lo prescrive al il sesso femminile, cosa succede? È evidente che lui non può prescrivere...

E voi glielo segnalate.

Lo può prescrivere, intendiamoci, col consenso informato, può prescrivere a pagamento, deve informare il paziente...

Però non può seguire il vostro... E sulle forme... avete mai avuto qualcosa, fino adesso, sulle forme delle ricette degli specialisti? Questo caso, appunto: il dottore ha fatto... diciamo, ha un modo ambiguo, poco chiaro, poco usuale di prescrivere: su questo livello qui, cioè di una certa riflessione sulle forme scritte della ricetta...

Attualmente c'è un'allerta dei farmacisti sul fare in modo che la prescrizione sia la più chiara possibile e che non sia da interpretare... non sia da interpretare. Purtroppo si fa un po' fatica a raggiungere l'obiettivo e io credo che, chiaramente quando succede che uno ha dei dubbi, chiama il medico oppure dice al paziente "questo io non lo approvo, nel dubbio non glielo do", e non si dà il farmaco: nel dubbio non si dà, nel dubbio non si dà, assolutamente. Non si cambia il dosaggio, non si danno farmaci che non sono scritti, assolutamente. È un disagio per il paziente, me ne rendo conto, ma d'altra parte non possiamo correre il rischio di dare farmaci sbagliati. Sul fatto che la prescrizione sia il più leggibile possibile, ecco credo che ci darà una grossa mano il sistema informatizzato: adesso noi con Santamaria stiamo portando avanti un progetto di prescrizione informatizzata anche a livello di immissione, quindi avere un modulo, una stampa che deve essere stata scritta con il computer facilita il compito. Non sempre, in ogni caso, c'è scritto tutto quello che vorremmo, questo sì, e a volte, a esserci scritto poco, parliamo con il paziente perché spesso il foglio della terapia è come la ricetta, ci sono scritti dei farmaci, una scatola, due scatole, il dosaggio... ma spesso le informazioni sono date a parte sulla lettera di dimissione o sui referti, quindi al paziente spieghi una cosa; questa spiegazione noi la diamo quando, a fronte di una molecola... lei sa cosa sono i generici, no?

Sì, certo.

Per cui, a fronte di una prescrizione di un farmaco che ha il generico, noi dobbiamo spiegare che ha un nome diverso, spieghiamo “guardi, il medico le ha scritto – faccio un esempio – X, della ditta Y, noi non abbiamo questo, abbiamo lo Z che è esattamente uguale al X”. E questo perché può essere fonte di rischio, perché magari il paziente ha lo stesso principio attivo, stessa sostanza, con lo stesso dosaggio, a casa e si trova con due scatole diverse ma con la stessa composizione: c’è il rischio di prenderla due volte.

Perché pensa che siano due farmaci diversi...

Perché pensa che siano due. E quindi il rapporto con il paziente, con le informazioni da dare al paziente, rappresenta un momento importante: bisogna prendere il giusto tempo. Non che ci si riesca sempre, in America sinceramente dicono che non è così, ma bisogna mediare un po’ le cose, però soprattutto con i pazienti o anziani, per i quali c’è poca chiarezza quando hanno molti farmaci da prendere...

Ottimo. Torno al generale al di là di questo caso. C’è stato un errore e c’è da gestire la comunicazione... immaginiamo ci sia stato un errore un po’ più grave di questo, un errore che ha conseguenze, e lei, che è tanti anni che fa questo mestiere, si è fatto un’immagine di come l’azienda dovrebbe muoversi per contenere la crisi. Proviamo a parlare come se parlassimo a casa. A lei è capitata una patata bollente... (interruzione)... Dicevamo: immaginiamoci questa patata bollente che le è capitata, la lettera arrivava in un momento in cui non sapevamo le conseguenze, che il possibile danno c’era ma non lo potevamo... allora lei ha una scena in mezzo...

(interruzione fine nastro)

...può essere la conseguenza, oppure si irrigidisce un po’ di più con l’operatore? Per non essere assimilato a lui, certamente, per far capire che lei lo protegge ma il danno è grave. La famiglia va assecondata e subito, quasi subito, detto “tutto ciò che abbiamo sbagliato sarà restituito”, o gli va fatto percepire, sennò si allarmerà, che ha un limite? Quindi le viene più da dire – dentro di sé, non alla famiglia, “cavoli, ma quante volte non abbiamo sbagliato”, oppure “è gravissimo che questa volta abbiamo sbagliato”? Si immagini un po’ e pensi che cosa funziona di più.

Che cosa funziona di più non lo so, nel senso che non mi è mai capitato e...

Ah, non le è mai capitato, intanto.

È un evento nuovo...

Il danno? Il danno è un evento nuovo?

Sì, il danno è un evento nuovo. Oltre al fatto che evidentemente mi dispiace molto, perché evidentemente, se fosse un danno grave, la cosa mi spiacerebbe veramente tanto. Dopodiché è

chiaro che metterei in atto tutta una serie di iniziative, parlare con la direzione sanitaria, che è il mio referente, dopodiché...

...e fare una strategia quasi insieme?

Sì. Dopodiché è molto probabile che la direzione sanitaria mi affidi al legale dell'azienda, è molto probabile. Nel frattempo credo che in ogni caso l'operatore non vada lasciato solo, non vada abbandonato, perché siamo parte di un sistema e quindi dobbiamo lavorare e agire come sistema, non possiamo agire in modo individuale per cui abbandonare a loro stesse le persone. Io non sono così, nel senso "hai combinato i guai, adesso te la vedi tu, ti troverai in tribunale e ti discolperai se ce la farai": non si può fare, io personalmente credo che non si debba assolutamente fare, perché se capitasse a me vorrei avere un minimo di tutela e di aiuto da questo punto di vista in poi; le conseguenze saranno quelle che saranno, però bisogna lavorare insieme su questa cosa.

Il danno comunque non è molto presente nel vostro ambito? Quando io le ho chiesto "si immagini che ci sia un danno", ho evocato uno spettro lontano.

Lontano, lontano, sì. Diciamo che, nel nostro caso specifico, quali possono essere i danni? Un'assunzione di un farmaco diverso da quello prescritto, ma è difficile, è difficile che succeda, perché in genere sono persone abituate; può capitare che magari il danno sia non di grande... non di farmaci pericolosi per la vita. E quindi niente, se ho un paziente critico che assume dei farmaci e questi creano uno scompenso, un problema renale o epatico, cioè, è difficile... una cosa che invece può capitare è non sapere che è allergico a un farmaco, e io non lo so, e il medico non lo sa, glielo prescrive e io glielo do, a questo gli viene uno shock anafilattico e purtroppo l'evento è grave, può essere gravissimo e andare incontro alla morte.

Però sarebbe più il medico. Cioè, in realtà voi state in mezzo, ma...

Se succede che io gli ho dato un farmaco...

...a chi starebbe, a voi o al medico?

Spetta al medico, chiaramente, la prescrizione, ma se io gli ho dato un farmaco e questo era allergico la colpa è anche mia, eh!

Sì?

Eh, sì. Però, ecco, diciamo che...

Quindi, la catena delle responsabilità tra voi e i medici...

In questo caso, per l'allergia, ce l'abbiamo tutti e due. Il medico non lo sa, il paziente non l'ha riferito o non gli è stato chiesto... purtroppo può succedere.

Quindi quello è un altro andito nel buio. Ci sono degli anditi nel buio, dove in realtà succede poco, cioè si rischia molto perché succede poco.

Sì, per fortuna gli eventi sono rari.

E le vengono in mente questo delle allergie, di buio, e poi cosa le viene in mente?

Certe pratiche, delle pratiche che ci sono e noi abbiamo cercato di mettere un po' sotto controllo, nel senso di... quando si fanno delle miscele – ci sono questi cosiddetti cocktail – ai pazienti gravi, che hanno esperienze di malattia molto brutte, si fanno delle miscele di farmaci che non sono codificate... è vero che la somministrazione viene fatta sotto cute, quindi non endovena, però è anche vero che se si unisce un farmaco a una miscela e questo mi precipita, delle conseguenze gravi ci possono essere, il rischio c'è.

E si parla di questo rischio? Cioè, i farmacisti... uno, quando fa il cocktail...

Noi abbiamo fatto un lavoro e abbiamo codificato certi percorsi e certe cose, insomma certi farmaci hanno indicazioni specifiche, poi si possono utilizzare in ambito off-label. noi abbiamo un po' codificato anche la somministrazione di farmaci off-label con le verifiche e i controlli da parte del medico, abbiamo allertato il medico perché c'è un sommerso che noi non conosciamo di prescrizioni off-label...

Off-label?

Off-label significa fatti fuori dalle indicazioni registrate: le indicazioni registrate vengono date e ci sono dietro degli studi in ordine all'efficacia e alla sicurezza. Quando io utilizzo un farmaco con l'indicazione che non è registrata significa che non c'è uno studio dietro.

E quindi questo è molto interessante, ci sono tante aree di rischio, di sommerso, autogestito: c'è molto margine di autogestione del rischio nella somministrazione del farmaco...

Sì, sì. Perché poi c'è l'automedicazione perché si pensa che il farmaco sia risolutivo di ogni tipo di problema e che per ogni patologia ci sia un rimedio, perché un paziente che esce da un laboratorio senza una prescrizione non sempre è contento, eh! Oppure c'è, anche lì, chi si fa l'automedicazione perché se lo va a comprare direttamente in farmacia o addirittura perché ha sentito dire o ha letto sul giornale o si è fatto dire dall'amico o dall'amica che certi farmaci erano efficaci e se li è fatti prescrivere. Uno degli esempi classici era il famoso Nimesulide, specialità principe era il famoso Aulin, no?, che era diventato come un farmaco da banco, per cui tutti "hai il mal di testa? Hai un problema? Prendi la bustina di Aulin". Il risultato qual è stato? Che ci sono state delle morti a livello mondiale e è stata ridotta la disponibilità di questo farmaco; però la percezione non è mica ancora arrivata, eh! La gente ritiene che siano stupidate, queste qua. Il sistema di vigilanza, di controllo, è una cosa che ancora non c'è, la percezione del rischio è una percezione e se succedono degli effetti collaterali c'è la segnalazione degli effetti collaterali con una scheda di valutazione avversa, che però è

scarsamente sentita da tutti i medici, o anche dagli operatori sanitari perché non c'è solo da parte del medico, ma è soprattutto il medico che dovrebbe registrare gli effetti collaterali e quindi fare la scheda, ma è un atto burocratico molto più semplice cambiare il farmaco e dimenticarsi della cosa, perché spesso e per fortuna sono effetti di lieve entità. Però non c'è ancora questa sensibilità, ecco.

Ottimo. E secondo me la lieve entità è una variabile che conta perché non c'è lo spettro legale: probabilmente la gestione del rischio ha modalità veramente molto diverse laddove c'è l'idea di un utente che può rivalersi.

Sì... purtroppo anche lì siamo un po' arrivati...

Voi siete un caso in cui, rispetto altri casi che abbiamo, il rischio è alto...

...siamo un po' arrivati al sistema americano, in corsia c'è anche l'avvocato insieme al paziente, è una cosa allucinante, per cui c'è la difensiva, c'è tutta una serie di robe terribili perché tanti cercano di sfruttare...

E invece in questo caso mi sembra che voi abbiate molte mediazioni, il vostro ruolo è particolare, cioè il medico e il farmacista...

Sì, ecco, noi non abbiamo dei rischi come può correre il direttore di sala operatoria, di sala parto, o il chirurgo, che ovviamente esegue delle manovre ad alto rischio, chiaramente. Perché oggi non si accetta l'errore, nella nostra mentalità non si accetta che si possa essere anche l'errore e quindi, appena succede qualche cosa, "malasanità, malasanità". Poi sui giornali compare – giustamente devono comparire – delle cose di malasanità, però non si dice mai che a fronte di quanti milioni di prestazioni tutto è andato bene: si dà per scontato; qualche caso di malasanità...

Quindi, l'errore viene pensato come malasanità.

È visto così, è visto così. Cioè, l'errore non è visto perché magari... allora: l'errore reiterato e continuo secondo me va punito perché lì c'è proprio un errore di struttura; l'errore materiale che purtroppo capita, perché non siamo infallibili, oggi c'è, secondo me, un pensiero dominante di colpire e registrarlo come malasanità in assoluto.

Senza distinguere tra percorsi...

...e questo non è giusto. Poi, se si dimostrerà che è così, ok; però, insomma... non dovrebbe essere così. Però basta prendere un giornale...

In questo caso, il giornale? Niente? Nessuno ha contattato, nessuno ha sentito, non è finito sui giornali? È la famiglia che non ha... perché di solito sono loro che chiamano i giornali?

Sarà che cerchiamo di mantenere con la famiglia degli ottimi rapporti e questo aiuta.

Questo aiuta molto.

Sì.

Grazie mille.

INTERVISTA NUMERO 9

Io ti chiedo di ricostruire il caso dal momento in cui ti hanno chiamato, e quindi ricostruire il caso dal momento in cui sei stato chiamato, appunto, in causa, da quando ti è stato detto, e che mosse tu hai fatto. Per cui ricostruiamo una specie di organigramma dei movimenti tra gli attori, cerchiamo di evocarli tutti, cercando poi di capire insieme, appunto, chi dobbiamo ancora sentire. Intanto partiamo da questo.

Sì. Allora, a me era stata passata, per competenza, la segnalazione della famiglia, della mamma, che aveva scritto una mail, mi pare, al direttore sanitario – quindi era un reclamo, sostanzialmente. Quella mamma lamentava che avevamo dato per errore una dose, un farmaco a dosaggio doppio rispetto a quello che le era stato detto verbalmente e che era scritto anche sulla prescrizione, e quindi lei aveva dato per errore – lei aveva proseguito nell'errore –, aveva dato questa dose doppia al bambino per un certo periodo di tempo... un farmaco antiepilettico, che quindi dà depressione del sistema nervoso e quindi il bambino, che già ha una patologia cronica grave, era poi... insomma, si era aggravato, e lei si era dovuta rivolgere al loro specialista di fiducia, che segue sempre questo bambino, e che aveva consigliato di sospendere immediatamente tutta la terapia antiepilettica, e questa cosa ha causato poi miglioramento temporaneo del bambino però la comparsa di crisi epilettiche gravi nei giorni successivi, e tutto questo ha causato, insomma, sofferenza al bambino e alla famiglia, spavento, timore che, c'è per tutti, ma per persone che già hanno problemi cronici pesanti, una piccola cosa viene vissuta come quella che può mettere repentaglio la vita; insomma, era stata una cosa veramente molto pesante per la famiglia.

Quindi quest'idea... l'elemento cronicità, secondo te, è un elemento che va visto in un paziente che ha una maggior conoscenza col medico, cioè abbassa le soglie della sua reattività, o in realtà la alza perché è già esasperato dalla malattia? Cioè, il paziente cronico, come te lo immagini?

Allora, quello che penso – proprio pensiero soggettivo, eh... non tanto il paziente, ma il bambino: un bambino con un handicap, qui non parliamo tanto di cronicità, parliamo di un handicap molto rilevante. L'attenzione della famiglia è spesso superiore a tutto quello che potrebbe, in qualche modo, toccare quell'equilibrio che si... e la fatica, che poi può essere pericolo vero o può essere su livelli molto bassi, voglio dire, di autonomia della persona.

Comunque, a livello di equilibrio che la famiglia ha raggiunto, l'attenzione dei genitori per qualunque cosa che potrebbe toccare questa cosa è sempre più alta.

Quindi la presenza del bambino e la presenza di equilibri precari.

...così può essere per ciò che si mangia, per i campi elettromagnetici, per l'inquinamento atmosferico, ecco: mi sembra che sia superiore la sensibilità a questi temi nelle famiglie dove c'è un bambino con problemi rilevanti. Poi questa... la mamma si qualificava con nome e cognome, ma era una mamma conosciuta: poi sono andato a verificare chi era, era la fondatrice di un'associazione specifica sull'handicap di questo bambino, un'associazione di riferimento mondiale: questi ne hanno fatto un motivo, evidentemente, di esistenza forte, dell'handicap del proprio figlio, e quindi erano... la mail era veramente furiosa.

Quindi, tu hai ricevuto questa mail: com'era questa mail? A cosa faceva riferimento? C'era lo spettro dell'azione legale?

No. C'era la furia, la furia di "non mi devono succedere queste cose". Non c'era neanche l'interesse che non devono succedere più ad altri, che spesso c'è nei reclami. Secondo me era talmente pesante, lo spavento, e la furia per quello che era capitato, che non c'erano neanche dei perché, delle altre cose, "dopo vi denunciemo, dopo...": c'era la furia del "perché mi fate soffrire così".

"Oltre quello che ho, aggiungi...".

Sì, "datevi una mossa, imparate a scegliere i farmaci bene, a dare il dosaggio giusto, perché questa cosa fa stare malissimo". Punto. C'era questa cosa e basta. Tant'è che poi da lì è partito il lavoro con l'unità operativa per un'azione di miglioramento, cosa che abbiamo fatto ed è stato un lavoro anche bello e gratificante, però io non ho neanche pensato a prendere contatti con la famiglia.

Ok. Quindi, la tua mossa non è stata di prendere contatti con la famiglia, ma con chi hai preso contatto?

Io ho gestito semplicemente la parte interna all'organizzazione – in quella fase –, la parte interna all'organizzazione per individuare i problemi che c'erano stati.

E chi hai chiamato?

Ho chiamato, quindi, il responsabile direttore di dipartimento... e ho proposto di fare una sorta di incontro con un gruppo di farmacisti, che abbiamo definito proprio ad hoc su questa cosa, che erano in pratica i rappresentanti di tutti i distretti in cui facciamo... erano gli addetti alla distribuzione diretta del farmaco, quindi a mansioni analoghe a quelle in cui a Reggio, nel distretto cittadino, era capitato l'errore. Quindi abbiamo fatto l'incontro tutti assieme per cercare di individuare... intanto di ricostruire la storia precisa di quello che era capitato lì e

poi di individuare eventuali punti critici che ci fossero su questa attività di distribuzione diretta del farmaco. Quindi abbiamo gestito questa parte... e la mamma invece l'ho sentita molti mesi più tardi. Non so, adesso, su cosa proseguiamo: lavoro interno?

Proviamo proseguire col lavoro interno, e quindi la mamma tu l'hai lasciata sospesa, interrogandoti su cosa avrebbe fatto? O no, perché avevi capito che quello sfogo finiva lì?

No, mi pare che – adesso non ricordo bene – ma noi diamo sempre una risposta formale a reclami formali, ormai tutta la regione fa questo, si lavora così. E quindi era stata data risposta alla signora...

Da parte della direzione?

Da parte della direzione, una risposta di scuse. E... mi ricordo così... era stata data una risposta di scuse, in cui ci saremmo impegnati a verificare che cosa poteva avere generato questa cosa: una risposta, insomma, non molto dettagliata, però che conteneva già...

...scuse e “indagheremo”.

Sì, perché credo – non avevo gestito io quella parte lì – che la direzione sanitaria avesse girato immediatamente al dipartimento farmaceutico, che aveva ammesso subito l'errore, perché avevano fatto una verifica sui farmaci che gli erano rimasti e che erano stati distribuiti e avevano visto che c'era stato un errore, e quindi hanno imparato dalla segnalazione, hanno ricostruito i movimenti dei farmaci che c'erano stati e questo è servito per scusarci con la signora e dire che effettivamente aveva ragione, che era capitata questa cosa e che avremmo cercato di non far ripetere più l'accaduto. Quindi una risposta, per noi, abbastanza standardizzata: non è costume di tutti rispondere in questo modo, non tutti si scusano ancora.

E questo è avvenuto per lettera, ma prima era già avvenuto col farmacista, nel senso che il marito ha chiamato il farmacista e lui, per telefono, ha...

Anche, era successo questo.

Era successo questo, che lui per telefono ha chiesto scusa. Che la famiglia fosse messa in contatto direttamente con il responsabile dell'errore, e che il responsabile dell'errore avesse chiesto scusa, questo però non era un'informazione a vostra disposizione, cioè il fronte verso la famiglia, tu non sapevi cosa stava accadendo, cos'era accaduto: il fronte famiglia era gestito...

...da altri. Io sapevo che non era competenza mia, non era compito mio, quindi non mi sono neanche preoccupato, per questo.

Perché tu eri stato chiamato come responsabile del rischio, non dell'URP, delle lamentele.

Esatto. Per cui non la vado neanche a cercare, questa cosa, a meno che, come è successo mesi dopo, non mi si presenti un'occasione positiva com'è successa...

Però non nel tuo ruolo di gestore del rischio, vedere che ci vuole cura dell'interfaccia famiglia, chi ha commesso l'errore: quella parte lì, cura dell'interfaccia diretta tra responsabile e famiglia, è avvenuto casualmente in questo caso, perché lui ha chiamato – il padre –, è stata la famiglia che ha cercato questa cosa; se non ci fosse stata, spetta...?
Spetta, come organizzazione aziendale, al direttore di distretto, che è quello che riceve i reclami, che cura i reclami.

Quindi è lui che si fa una sua strategia su come ri-interfacciare la famiglia.

Sì. Addirittura, questa cosa è oggetto di discussione, da qualche anno, con il tribunale del malato, che vuole l'interfaccia diretta con il clinico, e l'azienda non vuole.

E questo sta emergendo in maniera evidente.

Perché personalizza il problema, che per noi non è da personalizzare. Poi se c'è un problema rilevante, ma direi di negligenza, del singolo, si vedrà, però è l'azienda che risponde di una prestazione, è l'azienda che – a maggior ragione, in questi anni – ragiona sui fattori favorenti e non più sulle colpe dei singoli: se qua avessimo ragionato sulla colpa dei singoli, non avremmo aumentato di una briciola la sicurezza del sistema, avremmo detto solo a quello che ha sbagliato pastiglia “stai attento, sei un pasticcione, non farlo più”, e invece stiamo cercando di costruire dei sistemi che rendano più difficile sbagliarsi.

Ok. Fermiamo quest'immagine: sicurezza del sistema...

E poi c'è un'altra figura accessoria che conosci, che sono chi si occupa di mediazione di conflitto, che vengono attivati occasionalmente dalla direzione, è un capitolo a sé, un'attività a sé... qualche caso all'anno...

Quindi qua c'è il tribunale del malato che in questo caso non è stato contattato da nessuno.

In questo caso da nessuno. Il tribunale del malato, in particolare, perché... noi abbiamo altri interlocutori: il tribunale del malato vuole l'interlocutore clinico, noi facciamo il possibile per tenere fuori, invece, questo, e quindi, anche in questo caso, io mi sono occupato e ho gestito senza guardare la questione del singolo.

Certo. Tu dici: lo sforzo, soprattutto tuo che sei il responsabile del rischio ma comunque di una cultura di azienda, è quello di minimizzare la colpevolizzazione e far sì che l'errore serva per ottimizzare il sistema.

Esatto, esatto.

D'altro canto, però, l'operatore ha prodotto questa immagine: "secondo me è successo poco, è successa poca crisi, perché la famiglia ha incontrato direttamente un confronto sulle responsabilità, hanno chiamato e ho ammesso che c'era una responsabilità e che però può capitare, e che però...". E questo, secondo lui, dalla sua interpretazione, è stato ciò che ha tenuto bassa la conflittualità della famiglia.

E anche di Pensiero (?).

Ok. Quindi senti che c'è questa tensione: se non personalizzi, ottimizzi il sistema, però è vero anche che aumenti la complessità comunicativa che porta poi al ricorso legale, per cui...

È verosimile, è assolutamente verosimile, questo: stavo proprio ripensando alla mail che aveva mandato la signora, che non ce l'aveva con quell'operatore, ma col fatto che noi potessimo sbagliare delle cose così, e quindi lui come singolo era in qualche modo perdonato. Ma non era abbastanza, questo perdono, per lei, per poter elaborare il disastro che aveva vissuto, perché, insomma, il bambino che ha crisi epilettiche subentrate è una cosa pesantissima da vedere, da vivere in casa, una cosa veramente pesante. Poi lei non l'ha mai ricoverato per questo, ha gestito tutto al telefono, quindi, insomma, non era tanto a rischio di vita come lei sosteneva, però è bella pesante. Poi ci stanno dietro tutti i sensi di colpa dei genitori: questa è una malattia genetica, ci sono i cromosomi dei genitori che non hanno funzionato e quindi uno si carica... questa cosa, poi il bambino sta male perché una cosa che materialmente si poteva evitare è andata male...

...peggiora una cosa che fa parte del destino...

Eh, allora va bene le scuse, dal punto di vista della relazione civile le ha accolte in modo convinto, e tant'è che non ha pensato neanche lontanamente a fare denuncia, ma non era abbastanza, qualche cosa doveva dire, e ha fatto questa lettera furente almeno alla struttura, "insomma, state attenti": visto che lì non ci sono delle persone che vanno lì a improvvisare, però "avete qualcosa che non funziona, datevi una regolata". Quindi secondo me ha assolutamente ragione il farmacista a pensare che il suo atteggiamento ha smorzato queste...

Restiamo per un secondo sulla signora, poi mi racconti tutto quello che è avvenuto. Restiamo per un secondo sulla signora, quindi questa idea che conoscesse già prima e si fosse fatta una visione di competenza vostra; questa idea che sia molto reattiva a qualsiasi evento perché protegge un bambino in un disastro; anche questa idea che il tipo di problema conta sulla crisi, cioè che se qualcuno è in una posizione e ci si fa carico del peso, forse non vive l'errore come una occasione di dare una prestazione, di far vedere che non fa causa. Cioè, secondo te, la cronicità della malattia, è vero che

rende più reattivi, ma è vero che rende anche più eroici, meno predisposti a colpevolizzare quell'altro? Tipo, una signora a cui succede la prima volta, e che aveva una vita normale, rispetto a qualcuno che è abituato a far vedere che tiene duro fino alla fine, chi dei due soggetti è più reattivo, secondo te?

Mah...

È difficile? Per la tua esperienza di rischio...

Non lo saprei. Questa è anche una famiglia molto intraprendente, perché questi sono persone non comuni: hanno trasformato una disgrazia pesantissima nel fulcro della loro vita e in un'opportunità. Cioè, loro hanno una motivazione di vita vera, non è un surrogato: è una motivazione di vita vera perché hanno fondato un'associazione, promuovono studi, ricerche, è un'associazione che riesce a finanziare ricerche specifiche per quella malattia e che potrebbe portare altri bambini, che anche loro hanno problemi analoghi, a stare meglio. Cioè, questa è una cosa che... e già adesso comunque fa stare meglio della gente perché vivono nella prospettiva di fare qualche cosa, non di abbandonarsi alla propria disgrazia.

Quindi sono persone portate a vivere la malattia come uno strumento di cambiamento del sistema.

Sono riusciti a fare questo passaggio...

Sono riusciti a fare questo passaggio e, in qualche modo, la lettera era anche questo.

Anzi, io su questo poi – anticipo per quando parlate con la signora – ho inserito anche alla fine del... allora, andiamo su quella cosa della telefonata alla signora. La signora si è rivolta ai colleghi con cui ha confidenza – per noi è il direttore del dipartimento di Salute Mentale – per chiedere un consiglio sulla vaccinazione H1N1 per il bambino, che cosa doveva fare, e lui ha girato a me la mail perché io ero l'esperto di H1N1; allora, mi è arrivata e ho pensato “adesso approfitto e chiamo la signora, sono passati dei mesi, la saluto e intanto le do un parere più personalizzato”, perché per consigliare la vaccinazione bisogna anche sapere come la famiglia vive la vaccinazione, ci sono famiglie che la vivono come un'incombenza, come l'ulteriore sostanza estranea che devi introdurre nell'organismo e chissà cosa farà, e persone che invece la vivono come un'opportunità che ti alleggerisce... questa è assolutamente soggettiva, questa scelta: io, prima di consigliare, cerco di sapere, di capire come... perché, fosse la vaccinazione contro la peste, nell'imminenza di peste, anche per mail “vaccina!”; l'influenza, seppur pandemica, quello che stava succedendo non era la peste, e quindi era giusto sapere loro che aspettative avevano dalla vaccinazione. E quindi avevo bisogno di sapere questo e ci tenevo molto, visto il caso, a dare un parere approfondito. E quindi l'ho chiamata, le ho detto queste cose, le ho detto che ero la persona che si era occupata di questo problema e che la ringraziavo

perché, grazie alla sua segnalazione, avevamo individuato delle criticità; e lei è stata subito gentilissima, ha detto “ah, ma l’ho passata, con queste cose; porto pazienza”...

Già smaltito molto...

E quindi le ho detto “volevo dirle che ci è servito, ha fatto bene a dircelo, perché abbiamo visto che c’erano dei margini per migliorare la sicurezza”, non fosse altro che gli scaffali dove mettiamo i farmaci con scatole simili, che sono... non so se hai presente i cassetti delle farmacie: alcuni sono più alti della testa. Anche da noi, e li vedi solo da sotto: se tu metti due scatole simili sopra la testa, e peschi così, sono uguali, non le vedi più. E questa è una delle cose, è una banalità, ma non lo facciamo più: quelli con dosaggio diverso e confezione uguale non li mettiamo più sopra la testa. Punto. Oppure non li metti più vicino. Questa è una banalità, poi ci sono altre cose più complicate, però, per dire...

E lei è stata contenta.

Molto. Allora dopo ho approfittato, poi le ho chiesto della... ah no, è stata un’altra telefonata, adesso non mi ricordo più bene... le ho chiesto la disponibilità per questa intervista.

E lei gliel’ha data.

Quindi, questa telefonata si era chiusa così.

Lei non ha detto se aveva contattato altri?

No, no.

Lei non ha mai fatto cenno ad altri soggetti? Per esempio, appunto, il tribunale del malato, la sua associazione, se si è consultata su cosa fare.

No, no. È stata, non solo corretta, ma anche molto sensibile, perché una così... e l’errore ti va proprio a capitare a una così: questa è sostenuta dal comune di Reggio, appoggiano i loro convegni...

Invece non ha, tra virgolette, collocato questa cosa...

...uso strumentale.

E invece il neuropsichiatra infantile, con te ha parlato? Non l’ha messo in contatto con voi, non l’ha nominato in quella telefonata?

Non l’ha nominato. Devo dire, noi abbiamo relazioni difficili con questa persona qua.

Per cui nessuno di voi l’ha contattato?

No, no.

Neanche la direzione, forse?

No.

Nessuno. Ok.

Queste cose... lui ha già problemi con la Pediatria all'interno dell'ospedale, perché è una persona che va per conto suo. Un ottimo professionista, ma di quelli che non sono proprio sul percorso del paziente: è il consulente di questa associazione, anche perché è quello che si occupa di malattie genetiche in città, quindi c'è un rapporto stretto. Allora, noi sappiamo che abbiamo alcune cose che non vanno, per quello che ci riguarda, di relazione... alcune le abbiamo riviste proprio alla luce di questa segnalazione, cioè come sono gestite... questo è, appunto, molto delicato e complesso, non risolto e non so come potremo risolverlo. Uno dei punti che abbiamo iniziato ad affrontare è la gestione della prescrizione della terapia farmacologica nella... è una cosa... io non sapevo di questa complessità, di questa criticità, non ne ero al corrente, e veramente si cammina sulle uova, su quella roba lì, perché il piano terapeutico che viene consegnato al servizio farmaceutico ha le funzioni anche di una ricetta, perché ci sono dei farmaci, è firmato dal medico, c'è il dosaggio: ma non è una ricetta! Quindi è una cosa... secondo me è uno strumento assolutamente inadeguato per gestire tutta questa partita qua, ci siamo limitati all'analisi. Allora...

L'intervistato 6 mi ha fatto vedere una copia, mi ha fatto vedere che c'era scritto, non so, "300 mg più 300 più 600", e non diceva né a che ora, né quando, né con che abbinamenti.

E poi il farmacista su quello deve...

E lei ha chiesto al farmacista la possibilità di non avere quello da 600, sennò si confondeva e tutta questa confusione...

...è compito del farmacista. E va bene, perché anche professionalmente corrisponde alla sua professionalità: lo sa meglio un farmacista, se è meglio dividere due capsule da 300 o una da 600, se alla sera lasciamo quella da 600 invece che due da 300 e di giorno la dividiamo in due, perché è più digeribile, perché è più facile da deglutire. E questo margine è giusto, secondo me, anche concettualmente, che rimanga al farmacista. E questo lo devono gestire loro ed è una criticità perché non c'è scritto, è una traduzione che fanno loro, questa – e non si sa bene come tengano lo storico, ogni punto della provincia tiene lo storico in modo diverso. In queste criticità ci sono dei medici che, quando cambiano il piano terapeutico, correggono il foglio, non lo rifanno nuovo; ci sono dei medici che dicono a voce; ci sono dei medici che, se va bene, lo dicono per telefono. Allora, ci sono quelli più collaboranti e quelli meno collaboranti e, insomma, lì non siamo tra quelli più collaboranti, per cui se al genitore viene detto "c'è scritto 600 ma il dottore mi ha detto "adesso 300"; "come 300, e io cosa le do? Qua c'è scritto 600!". Fai fare un giro in più a una famiglia che ha tutti questi problemi? Io ti faccio fare un giro in

più per rintracciare quel medico, che ci metti tre giorni, e poi tornare a fare la fila da me? Cerco di risolvere.

Ti do come mi chiedi a parole.

A parole... e tante volte telefonano al medico, cercano di rintracciare il medico, c'è chi tiene in sospenso, c'è di tutto. Però ti rendi conto di com'è delicata, questa cosa? È una cosa di difficile soluzione: se non è informatizzato...

Dopo ne parliamo. Questa è sul farmaco, ma ne avete tante altre di difficile soluzione.

E ci abbiamo lavorato, abbiamo fatto due pomeriggi per tirar fuori tutto, punto per punto.

Adesso poi me li dici. Comunque, tornando a questo medico...

...lui non è tra i più collaboranti...

...nessuno l'ha chiamato, neanche nel momento in cui ci si è accorti che non era come dicevano le famiglie.

Lui rifiuta i protocolli.

Ha questa idea del protocollo come pesantezza...

Poi ha fatto un'operazione, secondo noi – se è vero quello che ha detto la mamma – molto discutibile, quantomeno secondo noi profondamente sbagliata: il cosiddetto wash out, cioè chiudiamo e lasciamo che esca tutto, la terapia antiepilettica: con una persona che è epilettica è un lavoro da cani, e quasi sicuramente avrà crisi epilettiche. Se è andata così, eh! Può essere che, in mezzo alle altre cose, loro l'abbiano capita in un modo, e chi lo sa. Però, con queste premesse, con una persona che rifiuta di lavorare su protocollo – ci ho lavorato in aula, sulla gestione del rischio, e ho visto che, insomma, ha qualche resistenza... ci siamo chiesti cosa mai possiamo fare: è fatto così, lo teniamo così e vediamo di risolvere i problemi che riusciamo. Poi, che abbia fatto davvero quello che dice la signora, che abbia fatto dell'altro, a questo punto non ha più influenza e noi l'abbiamo lasciato nel suo brodo. Quindi abbiamo fatto questa scelta qua.

Proviamo a pensare un attimo: secondo te, se ci fosse stato un danno appena superiore, l'avreste coinvolto? Cioè, una persona che ha dall'esterno l'immagine di qualcuno di reattivo, di non disponibile, nella strategia della comunicazione per tenere le crisi basse, si pensa "non lo chiamo, perché questo qua è uno che scatta, perché questo qua, chiamarlo e chiedergli..."...?

È anche di un'altra azienda, eh!

Ed è di un'altra azienda.

...che tende a fare così.

Quindi c'è frammentazione e c'è invece il soggetto che viene immaginato come stressato. In più c'è la separazione delle due aziende.

Sì, noi abbiamo fatto due incontri con i farmacisti in cui io ho chiesto a tutti di tirar fuori lo storico che avevano di errori in questo ambito, e questo è stato fatto a partire da quello che materialmente aveva commesso l'errore in questo caso, ma anche gli altri a quell'incontro hanno tirato fuori proprio espressamente: "a me è capitato questo errore", non "c'è il rischio che succeda". Io, con quest'altro medico, sono sicuro che non ci sarebbe stato questo clima: è uno di quelli che non sbagliano, a prescindere, e quindi che me ne faccio? A me interessa capire quali sono domani i miei problemi, per vedere se uno lo posso togliere, non ragionare su colpe. Questo al nostro gruppo era chiarissimo, e appunto sono venute fuori alcune indicazioni – soltanto sulle più semplici, abbiamo lavorato: le più grosse sono rimaste lì, ma sono colossali. Noi oggi non abbiamo una procedura, e non riusciamo neanche a concepirla, una procedura univoca aziendale per la distribuzione diretta: siamo messi così.

Perché dici che non è univoca?

Ogni distretto ha le sue prassi: queste prassi, a volte, cambiano anche a seconda dei farmacisti diversi nello stesso distretto.

Fammi un esempio di tre prassi.

Di prassi e non procedure. Prassi sono le consuetudini. Prassi... per esempio: il medico ha cambiato la terapia a voce: cosa faccio, telefono o non telefono? Io ho dato, c'è scritto, 1200 mg del farmaco X, alla signora ho dato due da 300 più una da 600 e stavolta facciamo così: dove scrivo che ho dato due da 300 e una da 600?

Ok. Come tengo memoria dei cambiamenti di questa signora? A chi chiedo se lei mi chiede di cambiare o no?

Sì. Faccio promemoria alla signora che organizza un pochino l'attività? Poi, tengo una copia? Dove la metto? Oppure: è solo una roba sua, si arrangia? Quando la correggiamo, porta quello e lo correggiamo a biro?

Quindi l'uso proprio della traccia scritta di quello che si fa. E poi anche l'uso del sistema informatico, cioè c'è chi passa sempre le scatoline, c'è chi invece non lo fa. Perché questo problema qui è che lui ha passato una volta: lui doveva dargli cinque scatole da 300, invece poi, per errore, ha fatto come c'era scritto nella ricetta, cioè ce n'erano un po' da 300 e una da 600; la signora l'ha visto e ha detto "no, dammele tutte da 300, per favore"; lui ha pensato di prenderle tutte da 300 e invece ha seguito per caso la ricetta. Quindi c'è una discordanza, non rispetto alla ricetta, ma rispetto alla signora. Poi lui ha

preso quella da 300 e ha passato quattro volte la stessa scatola: bastava passarle veramente e avrebbe visto questo 600.

Però questa non è procedura, è come una regola loro.

Una regola loro: loro, per esempio, non passano in realtà i farmaci, anche se c'è scritto. Lui poi mi ha detto "sarebbe infattibile per questioni di tempo, le procedure non sono seguite per questioni di tempo".

Loro hanno, nei momenti di ressa, delle code incredibili di gente che ha a casa un bambino cronico, un papà malato di cancro, uno con l'Alzheimer... è tutta gente esasperata, disperata, è tutta gente molto sofferente, in coda per delle cose così... se tutta la gente venisse su appuntamento sarebbero a posto, ma non viene su appuntamento: da mezzogiorno all'una, che la gente è più libera... dalle 8 alle 9 c'è più gente, nei giorni di mercato c'è più gente, e così via.

Questa analisi qui, dei giorni di mercato, questa analisi un po' organizzativa delle condizioni che si impongono alla crisi, l'avete fatta?

No, solo una narrativa disordinata come la sto ponendo io adesso.

Ok, va bene. Quindi vedere le crisi come legate a dei momenti organizzativi.

Anche a dei momenti. Questa è oggetto anche di rivendicazione loro, nel senso di una richiesta di tipo sindacale, di parte di risorse che loro ritengono non adeguate al carico di lavoro che hanno. Questo in tutti i distretti l'hanno detto, in tutti i distretti, e hanno oggettivamente dei carichi di lavoro molto pesanti.

E tu questo l'hai tenuto presente quando hai fatto questi gruppi, tu hai detto agli altri "dimmi i casi in cui sbagli anche tu" perché volevi mettere a fuoco questi elementi.

Volevo raccogliere tutte le occasioni possibili di errore, tutto ciò che può facilitare un errore.

Ok, perfetto.

...quello che può facilitare l'errore: quindi, il sistema che abbiamo è quello della scomposizione, poi, anche, del (...) – quelli anzianotti se la ricordano – e la scomposizione del processo in punti critici, che è la sequenza di tutti i punti in cui cambia qualche cosa, quindi quando arriva il farmaco, quando viene immagazzinato, come, come sono le scatole del farmaco, con che frequenza cambia le caratteristiche di confezionamento del farmaco, perché a noi ci cambiano i fornitori ogni tre mesi con i generici, adesso, quindi l'abitudine visiva non si può più fare e quando cambia il fornitore improvvisamente ti arrivano cento farmaci diversi con la stessa scatola e a diverso dosaggio... è impressionante, è una cosa impressionante.

Sto capendo che il farmaco ha veramente un caso di rischio molto interessante.

Solo l'informatizzazione potrà risolvere alcune cose. Quindi abbiamo fatto con i farmacisti questo lavoro qua.

Che vi è servito a vedere anche narrativamente questa cosa, per esempio che quando c'è mercato c'è stress, la pressione della gente disperata, io accelero, non passo... oppure: mi danno e mi chiedono a voce di far diversamente... Tu hai visto queste due o tre cose, te le sei scritte, e poi le hai depositate a qualcun altro.

Sì, però non abbiamo lavorato sulla complessità di queste cose, perché sono enormi e... avevamo anche altre cose da fare... e quindi si è intervenuti, di fatto, solo su questa cosa della collocazione dei farmaci negli scaffali, che pure oggi sistematicamente anche negli ospedali la facciamo; però anche noi che siamo sempre negli ospedali... io non avevo mai pensato alla collocazione dei farmaci in armadi per la distribuzione diretta, perché per noi quella lì è una distribuzione al pubblico così, invece succede anche quello. Gli altri, mi è servito almeno per farmi una mappatura dei problemi, quindi spero che riusciremo a ripescarli, perché per me è stata una sorpresa capire che una terapia cronica può essere somministrata senza una prescrizione, che è una cosa anche fuori dalla legge, questa qua: è una convenzione che in tutta Italia ci si è dati, e si prende così...

Per cui quella carta va bene anche se non è una vera prescrizione?

È considerata come una prescrizione.

È considerata come una prescrizione...

...ma non lo è, e non prevede qualche cosa che rimanga in mano al paziente. Allora, idealmente, quello che ci dovrebbe essere è una prescrizione del medico, il farmacista che traduce per quel paziente – capsule due da 300, una da 600 e così via... siamo a un livello ideale, quindi ci metto tutto: l'infermiere del territorio che mette assieme tutto ciò che il paziente sta assumendo... quindi: distribuzione diretta (un pezzo); poi farmaci prescritti dal curante (che possono essere un altro pezzo); farmaci che il paziente assume per conto suo, che può comprare; l'infermiere che li mette assieme, che fa una cosa che si chiama pill card, che è un foglietto così con disegni e tutto quanto, dove c'è alla mattina, con il sole che spunta, quello che prendi, a mezzogiorno una cosa, alla sera... ci sono gli orari, e c'è riassunto il tuo piano, che tu riesci a leggere, che tua moglie riesce a leggerlo, che la badante moldava riesce a leggerlo, e te l'aggiorna una persona che è, idealmente, l'infermiera delle cure primarie. Questo è il punto di arrivo, dove dovremmo arrivare. Non siamo lì e quindi...

Lì immagina la cura primaria come veramente un polo che mette in rete i frammenti del percorso...

Sì, perché non può essere un'altra persona, è un lavoro infermieristico. L'infermiera è una persona che può avere una relazione col paziente, che ha una formazione per avere la relazione diretta senza avere il carico emotivo della... il medico ha sempre questa cosa, no?

Lo spettro del...

Sì, io devo sempre pensare se ha il cancro o no. Se te mi dici "mah, ho male qua, cosa sarà?", me lo dici adesso che stiamo colloquiando così, in confidenza, io devo mettere al primo posto il cancro: non te lo posso dire, ma devo metterlo al primo posto. Poi scalo.

Bella, questa immagine.

Io ho imparato così: per questo si fa fatica a curare i familiari, perché non sei sereno. Invece non deve essere un peso, per me, mettere al primo posto il cancro, deve essere il mio lavoro: mi devi lasciare questa libertà di pensare alla cosa più grave e di scalare, perché quella volta che non ci penso... insomma, devo pensare alla cosa più urgente, alla cosa con maggior peso, perché ci devo pensare e devo essere in condizione di escluderlo.

Perché c'è una comunicazione comunque connotata dai non detti, e da un gap di pesantezza, di disparità pesante in quello che si sta pensando durante la comunicazione, che comunque rende un po' costitutivamente assente il... non è come l'infermiere che è in una relazione...

Esatto, non ce l'ha questo onere, l'infermiere. Ha l'onere anche emotivo dell'assistenza, della presenza, della presa in carico, ma è un'altra cosa. Noi abbiamo questa roba qua, capito?

Sì, questi fardelli molto grossi. Viene fuori un modello intorno questo medico, viene fuori il modello di un medico lontano, un po' indisponibile, per cui di figure intermedie - il farmacista, per esempio, che prende il telefono e sta in quella conversazione, quindi abbassa la conflittualità - ci sta perché lui ha sempre una responsabilità fino lì, mediata, lui dice "io il massimo che posso fare, di danno, sarà sempre relativo". Allora c'è questa immagine di comunicazione possibile...

C'è anche un'altra cosa personale, secondo me, in questa vicenda. Mio fratello e mia cognata hanno una bambina con problemi analoghi a questo qua, è un'altra malattia genetica ma l'esito è molto simile: sono quelle che erano le paralisi cerebrali infantili, bambini che hanno problemi cognitivi pesantissimi, che non riusciranno ad avere una vita di relazioni compiuta se non sorridere e poco più, non riescono a parlare, a camminare, non si sa se vedano, se sentano... e adesso questa bambina ha due anni e mezzo e è stata diagnosticata dal neuropsichiatra infantile una cosa, è stata presa in carico così e una volta... perché ci sono due questioni: uno è che - io sapevo già che era così -, una volta che ha esaurito l'interesse

scientifico, si stabiliscono i controlli... si dimenticano regolarmente di chiamarla ai controlli, e questa è una cosa...

Cioè, si dimenticano...?

Puoi dimenticarti di chiamare la famiglia di una bambina così ai controlli, adesso che hai già fatto i test genetici, hai pubblicato il caso... non puoi dimenticarti di chiamarla ai controlli.

E com'è possibile che non la chiamino ai controlli?

Perché non c'è più niente da fare dal punto di vista scientifico.

Cioè che lui sa già l'esito di questa malattia, e quindi...

Sì, adesso il controllo è il monitoraggio di una bambina cronica che, da una volta all'altra, si aggrava un pochino.

E chi è che ci va a questi controlli?

Ah, devono insistere per trovarlo, poi vanno lì e non c'è nessuno... gli esiti non arrivano, dicono "sì, li mandiamo...", gli vanno a fare i test genetici e hanno tardato sei mesi a mandarli via! Sei mesi! I test genetici servivano a mio fratello e a sua moglie per stabilire gli esiti...

...per una futura...

...per una eventuale gravidanza. Cioè, non era fatto così, per la ricerca, no? Quindi c'è questa cosa molto pesante sul versante individuale. L'altra questione... io sono più legato a mio fratello che alla sua compagna, quindi parlo più di mio fratello, e lui è sul versante opposto rispetto alla signora, sulla questione: non parla di sua figlia, non ce la fa... non parla mai di sua figlia, non riesce a elaborare, non ce la fa. Allora ho approfittato dell'ultima telefonata, quella per invitarla a queste interviste, per – quando mi ha detto di sì...

...per chiederle addirittura qualcosa.

...qualcosa. E mi è costato, come si dice, un anno di vita, perché alla fine ero rincoglionito, però ho visto che alla fine era una persona con cui potevo parlare.

Scommetto che a lei avrà fatto molto piacere.

Sì... io dopo non le ho più detto niente: non mi sono scordato, non sono più riuscito a dirle niente. Lei mi ha detto "in questa cosa non sono tanto brava, c'è un'altra che lavora con noi che è più brava, vi metto in contatto..." e queste cose qua. Ho detto "va bene" e non mi sono più fatto vivo...

E a te com'è suonato, che tu, da un ruolo, passavi ad un altro?

Io lo faccio, per carattere, questo.

Ok. Secondo te è lecito o illecito? Se tu lo fai per carattere e per te, è una cosa che è considerata lecita in questa organizzazione? Cioè, passare oltre a un ruolo, renderlo inaspettato...

Sì, i miei capi sono così.

C'è creatività, c'è il margine di lavoro.

C'è creatività e c'è la ricerca di rendere umano tutto ciò che facciamo; cioè, anche un aspetto che è legato a questioni nostre e che quindi al cittadino può non interessare..

(interruzione fine nastro)

Io lo faccio abitualmente, di dare una dimensione umana, di personalizzare... lo faccio anche nell'attività d'aula, lo faccio... cioè, che ognuno ci possa riconoscere in quello che faccio nel mio lavoro, che sta facendo la mia organizzazione... che ci si possa riconoscere, che trovi un pezzo di sé.

Questo ti rende molto interessante per questa ricerca - te lo svelo - perché c'è tutto il pezzo del rischio comunicativo, cioè io mi prendo il rischio di comunicare con chi è arrabbiato o non me lo prendo? Cioè, in queste situazioni di crisi c'è una valutazione: c'è chi è molto chiuso al rischio comunicativo e chi è molto aperto, cioè ci gioca, si prende il compito di cambiare, di innovare il suo ruolo: tu con la mamma lo hai fatto, col neuropsichiatra infantile non lo hai fatto e non ci pensi, non lo pensi neanche nel tuo ruolo professionale: ci sono dei professionisti con cui non si riesce a immaginare di essere in una conversazione che non abbia esiti conflittuali e non li si coinvolge. Invece, altre persone... Ok, proviamo a immaginare questa scena cosa ci racconta.

Questa cosa di aver approfittato di una telefonata di lavoro con la mamma per dirle una cosa mia privata io l'ho fatta anche per questo motivo: per darle la dimensione di come io avevo vissuto il suo reclamo. Io ho voluto farla anche per l'azienda, questa cosa, sennò l'avrei fatta in una telefonata privata, l'avrei chiamata a parte: si può fare, prendo il cellulare, mi pago la telefonata, le chiedo una cosa privata; invece l'ho fatta nella telefonata aziendale, questa cosa, perché secondo me stava lì, perché uno lo sa che ha trovato un'altra persona, che si è resa conto di cosa può aver voluto dire un errore così e che ci ha lavorato con delle altre persone che ci hanno creduto. Quindi lei sa che siamo affidabili, anche se sbagliamo, però siamo persone serie che cercano di non sbagliare, che sono consapevoli dei disastri che possono capitare. Io volevo trasmetterle questa cosa qua.

E secondo me gliel'hai trasmessa. Hai trovato, però, un punto di accessibilità, di creatività, sia con i farmacisti e sia con... e probabilmente la crisi comunicativa sta proprio quando tu hai davanti dei soggetti che sono suo fratello o come il medico, cioè che tu non immagini in un contesto creativo, che tu non immagini in un'organizzazione cambiabile al punto tale, in pratica, che possa metterti in una comunicazione non conflittuale. Quindi, mentre con la signora e coi farmacisti è possibile muoversi e infatti

succede: il farmacista era nella condizione di immaginare la signora come in una conversazione fattibile, e infatti l'ha fatta, quella conversazione lì, e quella conversazione lì ha calato la tensione. Qua siamo invece davanti a certi sistemi in cui, in certi momenti, non la attivano...

Ci ha reso partner.

Vi ha reso partner. Ma in altri casi la conversazione non parte, perché i soggetti si sentono in un rischio ingestibile comunicativo, cioè non immaginano un setting tale per cui... quindi si arriva in una crisi molto forte, radicale, in queste condizioni. E allora è bello che comunque appare che ci sono condizioni o ruoli - tipo il farmacista che non gli si può far causa, non c'è la morte, lo spettro, non è il curatore; tipo la famiglia che ha una certa elaborazione; tipo alcuni medici - probabilmente ci sono condizioni che aprono i canali di gestione della comunicazione che abbassano la tensione, perché la signora l'ha saputo dopo che voi avevate usato... non è stato tanto, anche se uno lo può pensare, quello che l'ha frenata dal fare causa, dall'arrabbiarsi, il "usiamo la tua vita per non sbagliare più", anche se all'organizzazione sembra e allora cala quell'aspetto lì, ma quello arriva dopo, arriva dopo la crisi; invece la crisi (...) nel momento in cui c'è una comunicazione che mette il paziente in una condizione nuova rispetto al curante: quella comunicazione lì in certi casi non avviene. Ok, comunque questo lo vediamo nell'analisi. Però proviamo a tornare a questi poli indisponibili - con gli altri non sono a questo livello, ma tu, sia per storia personale, sia per storia professionale, hai un'idea abbastanza complessa della comunicazione. Se tu dovessi pensare che hai scoperto con gli infermieri che il dottore fa delle ricette di ambiguità: lui ha uno stile che aumenta il sistema rischio; devi tornare a lui: quel ritorno lì ancora non c'è stato. Chi, secondo te, ci dovrebbe tornare, a lui, per dirgli questa cosa della ricetta? Che personaggio? Il farmacista, tu come responsabile del rischio, quindi come azienda? La direzione? La mamma, alla quale potreste dare l'incarico di mediatore? Per il ritorno verso il professionista che in qualche modo sbaglia ma non lo ammette: chi ci torna da lui? E come, secondo te?

A me viene da pensare che toccherebbe a me. Io tendo abbastanza a prendermi le responsabilità, a volte anche quando non sono mie, però sono meno parte in causa rispetto a chi ha commesso l'errore, perché deve essere lasciato sereno e libero, perché sennò diventa "chi prova a scaricare sull'altro" e non è questo. Quindi, se tocca a me non è per scaricare delle responsabilità, ma perché ci prendiamo tutte... ma è per individuare eventuali altre criticità. In più, con una relazione positiva e chiara con la madre, posso anche... potrei giocare questa

carta, che non ho un altro problema da risolvere per far vedere chi è che ha sbagliato e chi no: posso riconoscere il suo ruolo di fiduciaria rispetto all'associazione e all'assistenza del bambino... questo è stato un altro dei problemi che non ho voluto toccare, perché lui ha fatto una cosa che per noi è un errore, c'è poco da girarsela, il wash out non doveva essere fatto, ma io non sono nessuno per potere... mi gioco tutta la credibilità se vado a mettere in discussione qualcosa che ha fatto il medico che da anni segue quel bambino, segue l'associazione, segue tutti i bambini del mondo che hanno quella diagnosi lì; io, che non sono neuropsichiatra, vado a dire che ha fatto un errore che non doveva fare... ma chi sono io? Allora per questa cosa non mi posso giocare tutto: anche per questo io non l'ho voluto sentire, perché comunque...

C'era lo spettro del suo errore.

Sì, e sarebbe finito là, perché poi mica tutti son così chiari a non scaricare su altri i problemi: se lo fa lui e va a porre problemi con la madre, mi gioco tutto. Mi va bene che la colpa sia tutta nostra, lì ci rimane il punto critico e... cosa devo farci?

La vera crisi, in questo caso, sta lì che potenzialmente non è scattata: non è scattata perché invece il sistema comunicativo e di presa in cura di un evento abbastanza piccolo ha evitato che si arrivasse al vero errore, ma qui il vero errore – il vero errore come lo percepiamo noi, non entro come medico –, però, voglio dire, quella in realtà non è stata una crisi affrontata.

Non compiutamente.

Non compiutamente e si è arrivati alla... non la fortuna: l'iter storico ha fatto sì che non si arrivasse a un confronto; se ci si arrivava, lì era già conflitto grosso, ci si arrivava solo in condizioni di cosa legale.

Il timore era questo.

E quindi...

Ma non solo, ma di rottura di rapporti: è un'associazione che, io non so neanche, ma di sicuro avrà rapporti con l'organizzazione, con l'Usl, come hanno tutte quelle associazioni lì, tutte queste associazioni hanno qualche relazione con l'Usl, che io non conosco e che voglio dare per scontato che esistano e che siano positive. Cioè, non posso io andare a far saltare un mondo perché provo a coinvolgere un professionista che so che ha una compliance modesta, che se la prende male – hai capito? – si va a lamentare dall'altra parte e casca il mondo per un lavoro che alla fine non mi porta nessun vantaggio, perché comunque io quello non riesco a farlo mettere in discussione.

Ok. Questo è stato come l'hai vissuto. Però prima, mentre parlavamo, dicevi "io, che non sono un altro medico che ha operato sul suo caso, che non sono la famiglia, che ho

questo ruolo intermedio di gestione del rischio perché sia una cosa positiva, forse una mediazione nei confronti di questo operatore la potevo provare”: quindi c’è l’idea che una mediazione possibile, incorniciata in un modo che non spaventa...?

La cosa che a me era venuta in mente era di – però anche questa poi mi son detto di no – provare a proporre un gruppo di, che ne so, altri due neuropsichiatri infantili per far una revisione di quello che era accaduto in quel caso assieme a lui, perché io non sono neuropsichiatra, e vedere se... con i farmacisti abbiamo fatto questo lavoro qua, in altri casi lo facciamo...

Con questo, questa cosa ti ha fermato.

Però lui è l’autorità massima in quel campo lì, in provincia e nella sua azienda: se lui ritiene di non dover mai essere messo in discussione, e la mia esperienza storica con lui è questa... torno a dire, non riescono neanche a fare protocolli condivisi con la Pediatria! Non riescono ad avere protocolli condivisi perché lui ha detto che non vuole protocolli: e da che parte comincio, con uno così?

Questa è una buonissima domanda, “da che parte si comincia, quando”; l’evento non può essere analizzato sotto l’ottica di crisi medica, qui il nodo è sul rischio comunicativo, la parola “crisi” è proprio davanti a questo, il nodo della crisi, perché quegli altri non sono nodi della crisi, sono normali difficoltà però non è dove l’evento produce crisi. Quanti errori medici ci sono e nessuno se ne accorge? Non è l’evento, l’abbiamo detto prima, nel nostro percorso: la crisi è quando le persone non hanno disponibili modelli accessibili. Allora, per esempio, l’idea di out (??) che è nata per rispondere a delle crisi in realtà è inaccessibile quando il punto è la competenza forte: è un po’ inaccessibile perché, appena tu lo chiami, lui si sente sacrificato e non è disponibile, non è sull’evento medico che si può andare a scavare per calare la crisi, allora deve essere sul setting comunicativo, che ti permette di tornare sull’evento medico.

Sì, mancano questi strumenti.

Allora, questo qui del setting comunicativo – per questo che ho evocato anche il lato di tuo fratello... non è l’argomento che fa la differenza, o tornar sull’argomento, ma è il modo in cui rendiamo accessibile l’argomento; e lì ci vuole creatività su quel versante lì: il modo, la scena in cui si torna sull’argomento, che vale per il neuropsichiatra infantile e, secondo me, la mamma su questo...

Noi in azienda stiamo costruendo un percorso così. Tra l'altro, il nostro direttore generale ha detto che i due filoni su cui vuole impegnare di più l'azienda sono il rischio e la sicurezza, e la comunicazione interna.

Quindi siamo nel pieno...

Quindi ci siamo proprio. E siamo partiti con questa attività di incident reporting, la segnalazione spontanea di errori e quasi errori; io ho rifatto la procedura diversa da quella regionale, di quella di (??), su sua autorizzazione, in cui la segnalazione resta nel dipartimento, non viene in direzione: in direzione ci viene in riassunto di quello che loro vogliono riassumere e ciò di cui gli sarà chiesto conto, dal direttore generale, una volta all'anno, è l'azione di miglioramento che hanno attivato in seguito e le rilevazioni che hanno fatto, ma non quanti e quali errori hanno fatto. Quindi stiamo costruendo questo sistema.

Ok, mi pare...

Infatti, secondo me sta dando dei risultati clamorosi, veramente clamorosi, perché... va beh, noi denunciavamo al data base aziendale, ma insomma non è la cosa che serve di più, però è talmente curato il sistema di privacy, per cui è obbligatorio mantenere la documentazione nell'anonimato – cioè vietato fare la segnalazione per e-mail e per fax, non si può, non ci deve essere traccia di niente se non il fatto in sé, neanche la data... va nell'unità operativa e poi confluisce nel dipartimento, ma il fulcro è l'unità operativa.

A chi lo si dà? Cioè, se io ho fatto un errore...

Al primario e alla caposala, che sono le figure. Queste qua analizzano la cosa – adesso gli faremo dei corsi – e poi decidono che cosa farci con queste segnalazioni: a tutti devono dare una risposta in riunioni, due o tre volte all'anno, tutte le segnalazioni devono avere una risposta, tutte devono aver dignità, e sceglieranno quelle che ritengono più rilevanti per vedere più in profondità, come in questo caso, cosa farci: l'analisi, il progettino... Bene, tante unità operative – ma tante! – hanno cominciato a chiamarmi per partecipare alla lettura delle schede e a all'analisi; una addirittura ha aperto l'urna con le schede in mia presenza, quindi... io ero quello della direzione sanitaria, ero quello a cui andavano tenute nascoste, le cose, in quella procedura lì, eh!

Invece loro, in qualche modo, si tutelano perché non hanno...

Perché riconoscono che io sono un servizio, sono un supporto al loro...

Ok.

...al loro lavoro, e se mi chiamano possono lavorare meglio, perché saranno più tutelati, perché riescono probabilmente a togliere un problema di sicurezza, che vuol dire meno grane per il

paziente e meno grane per loro, e lavorare più sereni perché quel problema lì non ce l'hai più. Passa questa cosa qua, che è enorme!

Certo, quindi sta passando che il rischio è una risorsa – diciamo così – e sta passando anche che comunque, se è tutelata la privacy sul caso, c'è più denuncia, c'è più voglia di lavorarci su.

Sì, che quest'azienda non si pone il problema della privacy. Cioè, se l'è posto in modo talmente garantista...

Esatto, che è andata oltre le ansie del capro espiatorio.

Perché anche prima era anonima, quella che va in regione, ma è anonima per l'operatore ma risulta al dipartimento: il direttore di dipartimento lo sa che la sua scheda va in regione e quindi da noi le bloccano. Però da noi non ne mandavano proprio e allora ho avuto il via libera dalla Cinotti per poterlo fare; ho detto "guarda, da noi è zero, la segnalazione. Proviamo a fare un'altra cosa: io non ti mando le schede però almeno usano (...)". E quindi ci mandano a chiamare, ma è una roba pesante, che io mi devo abituare a quello che mi viene segnalato, perché... gli errori di identificazione, di trasfusione, gli errori... o quasi errori, eh! Io ho detto questo, che privilegino i quasi errori, i quasi eventi: il resto, roba loro.

Quasi eventi: come li definisci?

Cioè, quelli che stavano per accadere e non sono accaduti.

Che non sono accaduti per correzione o perché non...?

Per fortuna o... tipo, l'errore del nome su una sacca di sangue e in realtà... non so, c'è scritto Rosso invece di Rossi però era la stessa persona.

Ok, hanno capito che era la stessa persona.

Hanno capito, è stata fatta, però qualcuno ci ha messo Ragno: quello lì è un quasi evento, perché non è arrivato. O poteva essere un evento che però non ha dato conseguenze. Ecco, io su queste cose ho saltato tutte queste differenze, che sono scolastiche e ho detto "voi segnalate quello che non ha creato casini": questa è la definizione che ho dato io, e questa cosa è passata. Poi, quasi evento, evento, non gliene frega niente a nessuno: ti segnalo quello che non mi ha dato casino. Quello che mi ha dato casino non lo voglio neanche sapere; se il casino è grosso hai l'obbligo per motivi di legge, ma come miglioramento della qualità a me interessa soprattutto quello che non ha dato problemi.

Eh, che idea ti sei fatto di quello che non dà problemi al paziente? Cioè, le hai già viste un po' di queste schede o te ne stanno capitando adesso?

Sì, per esempio...

Cioè, quali sono i motivi per cui non succede casino? Perché la gente in maniera automatica si corregge, perché...?

Perché non capitano... cioè, quello che non ha dato problemi al paziente, o che non ha dato problemi più gravi... perché alcune cose le scrivono, altre le sento: una dose di morfina tripla rispetto a quella prescritta, doppia o tripla... chi le ha mai viste, queste cose qua? Io sono contentissimo perché le vedo: se le vedo vuol dire che c'erano anche prima, ma son riuscito a tirar su il coperchio, allora fai un bel respiro, perché l'esalazione che ti arriva dal coperchio... è pesa, eh! A volte mi dicono in direzione "ma qualcuno riusciamo a guarirlo?" [ride] Però riesco a vedere quello che non vedevamo; le unità operative le imparano... però ce li hanno tutti, questi problemi: io sono contento perché riusciamo a vederli e, se riusciamo a vederli, vuol dire che, se adesso c'è un problema sulle trasfusioni, rivediamo le procedure e le pratiche sulle trasfusioni.

Sì, sei riuscito a vederlo proprio perché hai detto "a me non interessa, restano nelle unità e danno il totale anonimato, non vengono passate per nome".

E quello che porto in direzione – e a loro chiedo il consenso tutte le volte, informale ma... io dico "io ne parlo col direttore sanitario: voi avevate un problema di trasfusioni, dei turni in sala operatoria, di qualunque cosa...", e i must del momento sono i tempi del cesareo e le pompe di infusione, sono due campi particolari. Eh, però tutti dicono "in America hanno dei problemi, noi tutto a posto": tutto a posto perché non sei in grado di andare a vedere se va bene; se tu dai fiducia nei corridoi, nelle cose, e allora questa cosa, invece di sfogarti fuori prova a scriverla... anche a scriverla in anonimo, però impegna tutto il sistema in un altro modo, perché quando è scritta come faccio a dire che te lo lascio lì, il problema, se sono un dirigente? Io me ne devo far carico, e allora chiamano anche me: e sanno che non saranno mai ripresi in direzione perché hanno avuto un problema su una pompa, gli diremo grazie perché ce l'han segnalato, capito? Però ho dovuto costruirla – "ho": è un sistema, a partire dal direttore generale, che condivide queste cose, che dà le impostazioni, che dice "bene, fammi un sistema in cui metto al primo posto, non il data base aziendale, ma la sicurezza di chi segnala, in modo tale che possa garantire la sicurezza del paziente. E quindi quello che chiedo è: "cosa è cambiato in meglio nel tuo sistema grazie al lavoro di rilevazione?". Di questo io ti chiedo conto tra un anno, non "perché hai fatto dieci errori?". Però ci abbiamo messo qualche anno a costruire questo lavoro. Allora noi siamo in una rete in cui la gente sa che la direzione ragiona in questo modo.

Quindi gestione del rischio deve essere, in qualche modo, anche legittimare l'errore, legittimarlo come...

...una risorsa.

...una risorsa e, appunto, come “non mi interessa chi l’ha fatto”: legittimarla nella prassi.

“Visto che c’è stata, usala”. E questa sta passando. Ci abbiamo messo degli anni perché, fino a sei mesi fa, eravamo a zero segnalazioni, e adesso siamo a molte decine, ma pesanti, tutta roba di sostanza e, torno a dire, mi chiamano e guardiamo insieme... allora, noi siamo in una rete in cui cominciamo a lavorare in questo modo: qua, quello è fuori rete, quello è l’autorità che si sente messa in discussione e ne mancano di strumenti... poi è proprio l’autorità secondo lui, e in più è l’autorità di fronte all’oggetto del danno: è troppo!

È troppo, è troppo ma ce la dobbiamo fare, però è già molto vederle, queste componenti, e quindi grazie mille, il materiale è tanto.

(interruzione)

...c’è stato l’errore e, davanti a questo errore, come gestiamo la comunicazione col paziente. Tu dici: “la verità non è praticabile”.

Ci sono delle indicazioni direzionali.

Ok, che dicono...

Che sono ferme lì. Uno può anche dire che è d’accordo, non è d’accordo, però sono quelle cose che sono bellissime da leggere ma non ho mai visto applicate e ritengo che siano anche difficilmente applicabili, perché se una persona non si accorge di un errore grave... o la si può pensare, in qualche modo, “racconto il meno possibile, se non altro perché ho sempre lo spettro del penale”.

Ma anche in America...

Sì, ma là è civile, solo che è un civile che ti ammazza. Però sono cose che a me sono sembrate molto scolastiche e un po’ ipocrite e allora mi interessava capire cosa nella realtà si può fare. E l’idea era questa qua: che cosa si può fare. E allora ho detto “proviamo a pensare a una procedura che costruiamo assieme”; poi, sulla storia del “si può fare”, abbiamo fatto un passo in avanti, secondo me, bellissimo, di cercare di capire se interessavano delle azioni così definite da una procedura o dei principi di riferimento...

Ok.

(interruzione telefono)

E allora, quello che si può fare: principi guida...

...principi guida. E in questo percorso è venuto fuori una cosa bellissima dai rappresentanti delle associazioni dei cittadini – il tribunale del malato, gli infermieri in pensione, le croci rosse, verdi... – è venuto fuori che quello che a loro interessa non è la verità subito, l’avvocato...

è consolidare la presa in carico, “perché noi abbiamo scelto di venire da te, avevamo un problema e adesso ne abbiamo uno in più: non lasciarmi da solo”.

Ok, certo. È chiaro.

Questo non c'è scritto da nessuna parte, perché il problema, per tutti...

...davano per scontato che, dicendolo, si interrompesse quella relazione di cura, mentre loro dicono “non è vero, è la continuità della relazione di cura in quel problema lì”.

Sì.

E dai per scontato che il problema sia come gestire l'interruzione di un rapporto, invece loro ti dicono “io voglio capire come gestire la continuità di quel rapporto lì”.

E quindi la fai bene, quella cosa lì.

La fai rilanciando la presa in carico del problema.

Esatto, “voglio che sia identificato il responsabile, non dell'evento ma...”...

“...della relazione con me”, cioè “con chi vado avanti?”.

“...che mi trattiate tutti allo stesso modo, quindi che siate ben sincronizzati...”... han detto “la cosa che mette più angoscia, quando succede il problema, è che uno dice una cosa, l'altro non la sa, l'altro mi guarda con lo sguardo pietoso...”: questa cosa fa stare da bestia! Quindi non è il problema “avvocato o non avvocato, tutto subito”, no: “continue a curarmi. In più noi impariamo che anche voi avete un problema, perché se non siete dei delinquenti state male anche voi”. Stiamo costruendo questa cosa qui.

Forse, veramente, in un posto come questo il punto è veramente che sopravvalutiamo la tensione e il conflitto e non vediamo, invece, il margine di capitale di fiducia che c'è ancora, cioè che tutto avviene e va alla malora perché gli operatori sentono una tensione che in realtà è più interna che con l'esterno; cioè, io ho l'impressione che il problema delle organizzazioni sia sempre interno, l'interno veramente non ne può più, tra colleghi, tra... e pensano che anche il cittadino sia dentro a questa... e invece c'è un sacco di margine ancora di fiducia del cittadino, e di voglia di fare al cosa insieme. Molto bene, grazie.

CASO DI STUDIO 3

Link articoli sulla stampa:

[Il Resto del Carlino](#)

[Gazzetta di Modena](#)

INTERVISTA NUMERO 10

Mi racconti pure come è andata la vicenda a partire dal momento in cui pensa siano iniziate le cose, chi sono i medici con cui ha parlato, chi è intervenuto nella vicenda e come lo ha fatto.

Nel '97 stavo male, avevo dolori all'addome, nel fianco, quindi ho fatto una ecografia da cui si è visto che avevo una ciste al fegato. Ho fatto altri accertamenti e hanno deciso di operarmi per questa ciste al Policlinico. Poi mi hanno chiesto se ci sono stati casi in famiglia, e io ho precisato che mio fratello era stato operato per una ciste da Echinococco. Per questo sono partiti presumendo che anche la mia potesse essere una ciste da Echinococco, come poi in realtà non era. Sono stato sottoposto ad intervento chirurgico nell'ottobre del '97 è andato tutto bene. Qualche mese dopo ho fatto una ecografia e si vedeva qualcosa, mi hanno detto che era la cicatrice dell'intervento.....a questo punto penso fosse la garza e non sono riusciti a capirlo, sa adesso penso a tutto poi ...

Sono andato avanti fino all'estate successiva all'intervento, quando nel mese di luglio mi sono sentito male e mi è venuta una febbre alta, fino a 40, per 7-8 giorni. Poi non ho avuto più niente per un altro anno, quando nel periodo estivo di nuovo mi è venuta un'altra febbre alta. Poi basta, qualche dolorino l'ho sempre avuto, ma facendo un lavoro pesante pensavo che il taglio ne risentisse, non ci ho mai dato peso. Tre anni fa i dolori sono diventati atroci, quindi ho fatto una ecografia sempre al Policlinico, e la dottoressa che mi ha visitato ha detto "Lei è sicuro di essere stato operato nel '97?". Io risposi di sì, c'è anche il taglio. "Sembra quasi che non l'abbiano operato, nello stesso punto in cui dicono di averle tirato via la ciste c'è qualcosa" ha continuato la dottoressa, precisando che era di centimetri 10x10. Questo nel mese di ottobre. Mi ha detto di fare una tac ed una visita chirurgica. La tac, dopo due mesi, ha mostrato che questa cosa era cresciuta fino a 12x12 centimetri. A gennaio 2009 ho fatto la visita chirurgica e hanno deciso di operarmi al Centro Trapianti, dal Professore, che ha fatto slittare un paio di volte l'intervento perché doveva eseguire due trapianti di fegato. Sono stato sottoposto ad intervento chirurgico il 4 marzo 2009. Anche questa operazione è andata bene, dopo mi hanno dato per un mese degli antibiotici per curare la ciste da Echinococco.

Ma il Professore cosa le aveva detto, che cos'era quella cosa?

Loro non mi hanno detto niente, mi hanno dato una cura per ciste di Echinococco per un altro mese dopo il secondo intervento.

Le hanno detto che per loro era una ciste da Echinococco?

Sì, per loro era una ciste. Mi hanno sottoposto dopo l'intervento ad ecografie e lastre, perché nell'operazione hanno dovuto aprire il diaframma e poi ho avuto problemi per la formazione di liquidi nei polmoni, respiravo male ed avevo liquidi che non riuscivo a smaltire. Dopo 20 giorni in cui ero già a casa dall'intervento mi hanno chiamato dal Centro Trapianti chiedendomi di rientrare, perché dovevano parlarmi. Il Professore alla fine mi ha detto che non era una ciste, ma un corpo estraneo. Basta, non ha voluto darmi altre spiegazioni.

Lei ha chiesto altre spiegazioni?

Ho chiesto cosa fosse un corpo estraneo, ma non mi ha detto niente. Allora mi sono rivolto al mio medico, gli ho mostrato tutte le carte e lui mi ha spiegato cosa fosse un corpo estraneo. Io sono rimasto male, a dire la verità. Quando mi hanno detto che non era una ciste ho pensato subito a qualcosa di male, poi mi ha detto che era un corpo estraneo. La cosa che più mi ha dato da pensare è che mi hanno fatto prendere per un mese degli antibiotici contro una ciste da Echinococco, ma non c'era bisogno... questo non l'ho capito ancora e purtroppo non riuscirò mai a capirlo, perché non me lo spiega nessuno! Dopo tutto questo ho contattato l'avvocato per sapere come sono andate le cose. Dopo due anni, nessuno riconosce le proprie colpe e l'assicurazione dice che il caso è caduto in prescrizione. Così poi si è arrivati ai giornali e a tutto il resto.

Si è rivolto lei ai giornali?

Sì, mi sono rivolto io ai giornali.

Perché?

Mi sono rivolto ai giornali perché l'assicurazione diceva che il caso era caduta in prescrizione e non mi spettava niente come risarcimento. Io purtroppo non riesco più a lavorare come prima, sto male perché non riesco più a piegarmi come prima. Il Policlinico non rispondeva, perché per loro l'intervento in causa era quello del '97...purtroppo però io l'ho saputo nel 2009 che si trattava di una garza, non nel '97. Dopo i giornali sono intervenuti Italia Uno, con Studio Aperto, Rai Due con la trasmissione di Magalli. Il mio avvocato è stato poi contattato dalla Assicurazioni Generali e sono stato sottoposto per loro richiesta a visita medico-legale dalla Generali.

In tutto questo, l'azienda ospedaliera come si è comportata?

Io non so nulla. Ho solo visto, quando ero a Roma da Magalli, il direttore generale del Policlinico in video che ha ammesso le colpe e ha aggiunto che, se non pagherà la Generali, interverrà nel risarcimento il Policlinico.

Quindi il problema non è l'ospedale ma l'assicurazione?

Sì, a questo punto il problema è l'assicurazione. Però l'ospedale non ha fatto niente al riguardo. Oltretutto l'assicurazione del Policlinico oggi è cambiata, non è più quella del '97. Forse sarà anche per questo che c'è il problema. L'avvocato ne sa più di me. Io dei fatti conosco che è il Policlinico che ha sbagliato l'operazione, non l'agenzia assicuratrice, quindi è l'ospedale che deve pagare.

Tra i medici che l'hanno vista, potrebbe dirmi come si sono comportati con lei, in che cosa l'hanno più aiutata in questa storia, con chi si è trovato bene?

Non mi hanno aiutato in niente. Non è che non mi sia trovato bene. A dire la verità nel '97 chi mi ha operato è stato molto sgarbato, soprattutto quando gli ho chiesto informazioni sulla ciste si è messo addirittura ad urlare. Non ricordo come si chiamasse di cognome, è scritto sulla cartella clinica. Nel 2009, invece, sono stato trattato benissimo sia dai medici che dal reparto. Però non mi va bene che neppure dopo l'intervento mi abbiano detto cosa avessi. Avrebbero dovuto dirmi che cosa fosse che non era una ciste ma che era una garza.

Ma le hanno detto che non si trattava di una ciste..

Dopo 20 giorni dall'intervento, quando è arrivato l'esame istologico.

Forse prima non lo sapevano...

Alcuni medici che mi hanno fatto l'ecografia mi hanno detto che si doveva vedere anche all'ecografia e alla tac che non era una ciste, si doveva già capire. Poi non sono un medico, dico solo quello che mi hanno detto gli altri medici, come quello che mi ha fatto l'ecografia a luglio mi ha detto "Guardi, io sono un ex-chirurgo, e le dico che la garza si doveva riconoscere già all'ecografia". Poi non so se sia vero. Anche nel '98, dopo sei mesi dall'intervento, e nella visita di controllo questa cosa si vedeva, ma mi hanno detto che era la cicatrice dell'intervento. A questo punto non so se si sono accorti o no che fosse una garza, potrei anche pensare che se ne siano accorti ma che mi abbiano tenuto nascosto tutto...non so più cosa pensare su questa cosa.

Non si fida più?

No, assolutamente. Qualcuno mi ha detto di non rivolgermi più al Policlinico se ho bisogno di assistenza, per quello che è successo. Tra i giornali e il resto adesso mi hanno sconsigliato di venire al Policlinico.

Ma lei ci verrebbe?

Certo, spero di non averne bisogno ma ci verrei perché non ho paura.

Quindi alla fine si è trovato bene..

L'importante non è trovarsi bene o no. Io le dico quello che è successo, adesso poi di chi sia la colpa non lo so, come si stia svolgendo la cosa non lo so...ma è chiaro che se dovessi venirci, ci verrei. È una struttura pubblica, pago le tasse quindi è mio diritto venirci, se ne ho bisogno. Secondo me...

L'intervento della stampa è servito quindi per farsi sentire...

Sì, non c'era stato altro modo. Il mio avvocato ha provato a parlare con l'amministrazione dell'ospedale e loro rispondevano che il caso non era di loro competenza, che dovevamo rivolgerci all'assicurazione. Però, dopo i giornali e la televisione, allora è intervenuto anche il Policlinico, e di colpo la cosa è diventata di loro competenza. Prima non lo era però...Questo non l'ho capito ancora...

Il Professore ha parlato con lei. Come è stato il suo approccio con lei?

Il Professore era a capo dell'equipe del mio secondo intervento. Tra l'equipe c'era x, che è stato l'unico a dirmi in realtà che cos'era. Mi chiamava per nome, mi ha detto: "A., questa è una garza, li devi denunciare". È stato l'unico, gli altri non hanno detto nulla.

Il secondo chirurgo (Int. 13)? Si ricorda di lui? L'ha operata insieme al Professore, lo ha visitato prima e dopo dell'operazione.

Non ricordo questo nome. Ricordo che insieme a Il Professore c'era Di Benedetto. La visita prima dell'operazione me l'ha fatta il Primo chirurgo (Int. 12), ha visto l'ecografia e ha detto che la ciste sembrava essersi riformata ed era da operare. Ha visto il cd con le immagini dell'ecografia e ha detto che era una ciste da Echinococco, sono andati sul sicuro visto il motivo del mio primo intervento. Questo è stato il problema. Non so se hanno fatto accertamenti. Il Professore quando è uscito dalla sala operatoria ha chiesto a mia moglie come mai avessimo aspettato tanto perché mi facessi operare. Mia moglie ha risposto che avevamo aspettato tanto perché da maggio, inizio dei dolori forti, a marzo data dell'operazione erano passati 10 mesi ma non per colpa nostra, per il tempo che è stato richiesto tra una visita e l'altra: a maggio ho fatto la prenotazione per la prima ecografia che mi hanno fissato in ottobre, lo stesso mese dopo l'ecografia ho richiesto la tac che mi hanno fissato in dicembre, nello stesso mese è stato richiesto di fissare la visita per l'intervento che è risultata in gennaio, poi da gennaio a marzo ho atteso 2 mesi per l'intervento. Quindi sono passati 10 mesi solo per avere le visite. Secondo me il Professore aveva capito che non era una ciste. Però nessuno me lo ha detto e nessuno lo ha ammesso.

Quindi, dopo l'intervento cosa è successo?

Sono stato 12 giorni in ospedale perché avevo questi liquidi che non riuscivo a smaltire. Mi hanno dato dei farmaci da prendere per aiutarmi, poi dopo due settimane circa sono andato a casa con la cura di antibiotici per questa ciste da Echinococco. Poi il 23 marzo, a 20 giorni dall'intervento, mi ha chiamato di nuovo il Centro Trapianti e una infermiera mi ha detto di andare il mattino dopo al Policlinico perché mi dovevano parlare. Una volta lì mi hanno detto che non era una ciste ma un corpo estraneo.

Lei non ha chiesto che cosa fosse?

Io ho chiesto cosa fosse al Professore, che mi ha dato spiegazioni varie in cui non avevo capito nulla. Poi ero rimasto talmente scioccato alla notizia che non fosse una ciste, ho pensato subito che fosse qualcosa di brutto, quindi non ho capito più niente. Dopo sono andato a casa e ho chiamato il mio medico, che mi ha spiegato cosa fosse un corpo estraneo. Poi sulla carta che mi ha rilasciato il Professore c'era scritto "corpo estraneo, materiale birifrangente con filamenti". A quel punto il medico ha detto che era una garza, anche se non lo avevano scritto si capiva fossero le rimanenze di una garza.

Da quel momento lei cosa ha fatto?

Sono andato dal mio avvocato e poi ha fatto tutto lui.

È passato un po' di tempo però, lei è stato operato nel 2009 e sono passati due anni...

No, noi siamo in ballo con mio avvocato dal 23 marzo 2009. Sono già 2 anni che siamo in ballo perché dal Policlinico e dall'assicurazione non avevamo nessuna risposta. Il mio avvocato continuava a prendere tempo, così ho deciso io personalmente di rivolgermi ai giornali, senza il suo volere.

È servito qualcosa rivolgersi ai giornali?

È servito moltissimo, sono contentissimo di averlo fatto. Perché dopo i giornali sono arrivati Studio Aperto e la trasmissione "I fatti vostri", e da lì si è mosso tutto.

Cosa si è mosso?

Dopo la trasmissione su Rai Due, sia il Policlinico che l'assicurazione del Policlinico hanno subito chiamato per stabilire i danni che mi hanno provocato.

Quindi ha funzionato?

Ha funzionato molto. Sono contento dei giornali e della televisione, a questo punto, Mi spiace solo pensare che una persona, per far valere il proprio diritto, si debba rivolgere ai media. Questo è ciò che mi dispiace dell'Italia. Se sbagliamo a pagare le tasse dobbiamo pagare tutti, ma se un ente sbaglia nei confronti dei diritti un cittadino allora per farli valere bisogna fare i salti mortali .. se uno ce la fa poi, si deve essere fortunati.

Quindi ora lei sta aspettando il risarcimento ed è tutto grazie alla stampa.

Sì, grazie al loro intervento oggi ho fatto la visita per l'assicurazione. Altrimenti non sarei qua. La persona incaricata dalla Generali che mi ha visitato era a stessa che tempo fa mi rispondeva dicendo "Il caso è caduto in prescrizione. Noi, non le dobbiamo niente".

Il suo avvocato cosa diceva del fatto che la cosa fosse caduta in prescrizione?

Il mio avvocato era già partito con una denuncia e il 26 giugno ci sarebbe stata la prima udienza in tribunale. Secondo lui era impossibile che il caso fosse già in prescrizione, perché erano passati solo due anni. È nel 2009 che ci siamo accorti della garza. Averlo saputo nel '97 l'avrei tirata via prima! Il mio avvocato ha sempre sostenuto che mi dovessero risarcire e che non era vero che fosse caduto in prescrizione. Ma ha fatto fatica anche lui a muoversi e a farsi scrivere cosa fosse il corpo estraneo, così anche il medico legale, perché nessuno voleva dirlo e nessun medico, neppure al Policlinico, ha voluto accertare che il materiale birifrangente fosse in realtà una garza.

Che nessuno volesse scrivere la parola "garza", è stato un problema?

Il problema è partito fin dall'esame istologico, fatto dal medico donna che poi ha scritto il referto. Un medico parlando con me è uscito dicendo che l'istologa "abbia voluto parare il culo al chirurgo che ha sbagliato il primo intervento", non scrivendo che il corpo estraneo fosse una garza. Secondo me...

Magari c'è un linguaggio particolare nella scrittura dei referti...

No, anche il mio avvocato ha confermato che avrebbero dovuto scrivere che il corpo estraneo era una garza. Non ha senso scrivere che si tratta di un materiale birifrangente. Se è una garza si scrive garza.

La presenza di un corpo estraneo in ogni caso indica che l'errore c'è stato..

Certo. Qualcosa mi hanno lasciato dentro, io non l'ho mangiato. Come sia potuto succedere io non lo so, lo saprà chi ha fatto l'intervento. Chi doveva contare le garze forse non le ha contate, no so, bisogna capire cose è successo. Se io vengo pagato per fare un lavoro e lo sbaglio allora poi devo pagare io. Non capisco perché chi ha sbagliato con me non debba pagare. Se c'era lì una persona per contare 10 garze, perché non le ha contate? Questo è quello che vorrei capire io: quella persona c'era o no? Dormiva? Cosa faceva?

L'errore umano esiste..

Sì, esiste. Magalli mi ha chiesto perché non ce l'avessi con i medici che hanno sbagliato ed io ho risposto che è umano sbagliare, ma la mia rabbia arriva dal fatto che non abbiano voluto ammettere di aver sbagliato.

Quindi il punto centrale è questo, che non hanno ammesso l'errore. Se lo avessero fatto nel 2009, lei non li avrebbe denunciati?

Avrei richiesto tramite il mio avvocato un risarcimento del danno subito, ma non sarei andato dai giornali.

Per ottenere un risarcimento è necessaria una denuncia? Lo conosceva già l'avvocato?

Non so se serviva per forza una denuncia, io mi sono affidato ad un avvocato che conoscevo di vista.

Riguardo alla stampa, prima di questo evento ha mai avuto modo di leggere casi di malasanità sui giornali? Secondo lei alcuni casi non sono esasperati dai media?

Mi è capitato di seguire alcuni casi, anche gravi, di malasanità in televisione. Non so se siano esagerati, veri o falsi.

Ritiene però che anche lì ci sia stato l'intervento della stampa per ottenere qualcosa?

Nel mio caso sì. Se non ci fosse stata la stampa io oggi sarei ancora nella stessa situazione di due anni fa.

Altri medici con cui ha avuto dei rapporti e che potrebbero aver peggiorato la situazione?

Ho avuto contatti con il mio medico legale, che mi ha visitato e fatto la perizia, ma anche lui ha avuto difficoltà con il Policlinico per farsi spiegare la natura del corpo estraneo.

Ed il medico legale del Policlinico non l'ha visitata? Non c'è stato nessun intervento da parte di un addetto alla comunicazione o un mediatore dell'ospedale?

No, non ho visto nessun medico legale da parte del Policlinico e nessuno che mi abbia chiamato. Da prima del secondo intervento ad oggi, gli unici ad avermi contattato sono stati quelli della Generali, tramite avvocato, il Professore ed il Primo chirurgo (Int. 12). Lo stesso giorno che il Professore mi ha detto che era un corpo estraneo ho incontrato il Primo chirurgo (Int. 12), quello con cui si parlava di più perché ero lì da 12 giorni, poi era giovane, così gli ho raccontato quello che mi aveva detto il Professore e lui mi ha risposto con queste parole "quella è una garza".

È il Professore che le ha consigliato di fare la denuncia?

Il Professore mi ha solo detto: "Fai te quello che vuoi. Lì hanno dimenticato una garza, l'hanno scritto diversamente ma era una garza". È stato l'unico ad avermi detto quello che poteva essere in realtà.

Non ha più visto quelli che l'hanno operata?

No. Ne chi mi ha operato nel '97 e neppure gli altri. Non ho visto più nessuno. Anzi, le dirò che anche adesso, dopo tutto, sto avendo ancora dei dolori e sto avendo dei problemi per ottenere un appuntamento per altre visite, ti fanno passare 6-7 mesi per fare una ecografia. Una volta mi sono arrabbiato e ho chiesto come fosse possibile, dopo tutto quello che ho passato per

colpa di un errore del Policlinico, che dovessi aspettare dopo un intervento 8 mesi per fare una ecografia.

Lei non ha mai pensato di andare in un altro ospedale?

No. Nel caso degli interventi poi avevo cambiato solo reparti, per il primo il Chirurgia e per il secondo nel Centro Trapianti, ma sempre al Policlinico. Se fossi tornato in Chirurgia poi mi sarei ritrovato di nuovo la stessa persona che mi ha sbagliato il primo intervento, di cui però non ricordo il nome.

Quindi, riassumendo, le cose critiche che l'hanno fatta arrabbiare sono state l'omissione che si trattasse di una garza e che non le abbiano detto niente a riguardo.

Nessuno del Policlinico mi ha chiamato per dirmi che c'era stato un errore. Se lo avessero fatto forse non sarei arrivato a questo punto, dico "forse" perché non posso saperlo con certezza, ma nessuno si è scusato con me per questo o mi ha chiamato dicendomi di andare là per capire come fossero andate le cose. Anche adesso, visto il video alla trasmissione di Magalli in cui dicevo di non aver parlato con nessuno, anche il direttore del Policlinico ha affermato di non conoscermi e di non essere stato chiamato da nessuno.

Questa sua intervista ci aiuta a capire quali siano i punti critici della comunicazione in casi simili. Lei ha sottolineato che se i medici le avessero parlato, lei si sarebbe sentito più tranquillo.

Sì, chiaro, qui nessuno mi ha detto niente, nessuno si è scusato...anzi, quasi mi sembra di ricevere rimproveri. Anche adesso, dopo il secondo intervento, sia il Policlinico che l'assicurazione mi fanno sentire come se fosse colpa mia che ho avuto questa garza nel corpo per 12 anni. Mi chiedono "Come mai ha aspettato così tanto a operarsi? Come mai non ha fatto mai una visita? Come mai non ha sentito dolori? Strano... ". Io sono stato bene, altrimenti in ospedale ci sarei andato prima. Tranne quei due episodi di febbre non ho avuto niente. Per loro sembra strano che non mi sia fatto vedere prima e sembra che sia mia la colpa perché non mi sono accorto prima che si erano dimenticati una garza. Tutte queste domande come se fossi io a dover andare da loro a dire che si sono dimenticati la garza e che devono togliermela via. Poi non capisco nemmeno come mai dopo il primo intervento non mi abbiano fatto delle lastre, ho solo una ecografia di sei mesi dopo l'intervento, dove si vedeva già la garza, e dove il referto dice "cicatrice intervento". Adesso vorrei capire se già da lì si poteva vedere se si trattasse di una garza o no, quello ancora non è chiaro perché non ho avuto tempo. Se si capisse già da lì che si trattava di una garza allora devo pensare male, cioè che hanno voluto tenerlo nascosto. Se si fossero accorti a sei mesi dall'operazione e mi avessero rioperato subito non avrei avuto tutti i problemi che mi sono venuti dopo.

Quindi lei non si fida più tanto...

Qualcuno lo avrà fatto anche involontariamente, non in malafede, non se ne sarà accorto ma qualcuno qui ha sbagliato. Oltre all'errore di avermi lasciato dentro la garza, qualcuno qui ha anche sbagliato a valutare l'ecografia, la tac... Io ho fatto la tac all'ospedale di Baggiovara, il nuovo ospedale, a dicembre 2008. La persona che mi ha fatto la tac mi ha detto che non era niente, delle cicatrici. Mi sono informato tramite alcuni medici, contatti di miei amici, non ho cercato su internet. Questi medici mi hanno risposto che chi fa gli esami è un tecnico e non è tenuto a dire niente riguardo al referto, che viene discusso dal medico. Perché questa persona mi ha detto questa cosa? Se avessi dato retta al tecnico della tac del 2008, che diceva che non era niente, e non facevo la visita chirurgica, sarei morto. Se una persona non è competente, che stia zitto! Poi invece ho fatto la visita chirurgica e in quel caso ho trovato l'unico medico che mi ha spiegato come stavano davvero le cose.

Lei ha apprezzato questo dottore?

Sì, l'ho apprezzato e spero di incontrarlo un giorno e vedere che è arrivato in alto nella sua carriera. Lui non essendo un professore non poteva fare più di quello che ha fatto per me.

[Passaggio alla seconda registrazione]

Io ho fatto una ecografia un mese fa, mi hanno trovato ancora un'altra ciste. Non ho tempo per approfondire adesso. Il medico che mi ha fatto l'ecografia mi ha detto che non è sicuro se si tratti di una sacca liquida di 1 centimetro, che potrebbe essere rimasta dopo il secondo intervento, e ha aggiunto: "Adesso il problema è trovare un medico in questa città che sia disponibile ad operarla di nuovo".

La paura dei medici di Modena qual è secondo lei?

Non lo so. Il medico mi ha detto che sarebbe da operare, perché può crescere e se si rompe se ne potrebbero formare altre, ma il problema adesso è trovare un medico disponibile ad operarla. Io non ho fatto niente di male a nessuno, non capisco, che qualcuno me lo spieghi!

Con i giornalisti come si è trovato?

Sono andato a TRC, trasmissione locale di Modena, i quali mi hanno detto che si muovono per primi i giornali. Gli ho dato il mio numero e mi ha chiamato un giornalista, con cui ci siamo incontrati dall'avvocato perché ricevesse le copie delle carte che riportavano quello che mi era successo. Così ha fatto l'articolo. Il 15 febbraio sono usciti gli articoli sui due giornali più famosi di Modena, dopo un'ora mi hanno chiamato dicendo che quelli di Italia Uno stavano arrivando a casa mia. Ho lasciato il posto di lavoro e sono tornato a casa, dove mi hanno fatto l'intervista. Il giorno dopo hanno trasmesso l'intervista e dopo due giorni mi ha contattato la Rai.

Lei ha avuto la sensazione, leggendo qualche articolo, che avessero esagerato i giornalisti?

No, perché hanno scritto quello che ho raccontato io. Qualcuno mi aveva suggerito anche di esagerare dicendo che ero rimasto senza lavoro. Io ora ho perso il lavoro. L'attività agricola, una stalla dove eravamo dipendenti soltanto io e mia moglie, ha chiuso forse perché ci siamo trovati entrambi in malattia nello stesso periodo io per l'operazione e mia moglie per un'ernia. In più ci hanno sfrattati dalla casa dove abbiamo abitato per 20 anni e per cui abbiamo lavorato. Ora non so se la cosa sia davvero legata al mio problema o l'azienda avrebbe chiuso comunque, sta di fatto che il giorno della mia operazione a mia moglie hanno detto che l'azienda chiudeva, e nel giro di un mese ci siamo trovati senza lavoro entrambi, e tutti e due con il mutuo.

Parla della sua seconda operazione...

Sì, io lavoravo lì già durante la mia prima operazione. Del resto anche in una stalla ci vogliono delle persone qualificate per mungere le vacche, far nascere i vitelli...Lui si è trovato con persone poco esperte, i vitelli morivano, le vacche venivano vendute perché se non le mungi bene vanno incontro a mastiti, così ha deciso di chiudere. Nell'articolo i giornalisti hanno parlato anche di questo, ma io non ho voluto collegare la mia malattia con la chiusura dell'azienda e ho specificato questa cosa con loro.

INTERVISTA NUMERO 11

Allora, la prima cosa che le chiedo è di ricostruire l'evento, il caso di crisi in cui è rimasto coinvolto, parlandomi proprio degli attori coinvolti e quindi cosa è successo a lei personalmente, a chi ha riferito, come l'ha riferito, con chi ha parlato, se ha parlato anche col paziente con i suoi colleghi, come si è svolta la dinamica proprio di comunicazione di quello che è successo.

Mah, il paziente è venuto qui da noi perché visto da un mio collaboratore il dottor (???) se non sbaglio che aveva visitato questo paziente perché presentava dei dolori e facendo un'ecografia e una tac si vede che lui aveva una massa sulla porzione apicale del fegato... lei non è medico? No?

No!

Niente... nella porzione superficiale del fegato dove era stato già operata, operato già nel '97 per una cisti di echinococco, cioè una parassitosi... una delle conseguenze non infrequenti è che queste cisti possano recidivare, cioè manifestarsi nuovamente per cui siamo andati all'intervento chirurgico, nell'intervento chirurgico c'era questa area cistica molto adesa, con molte adesioni coi tessuti. Non c'ha stupito più di tanto perché essendo un re intervento era evidente che poteva essere così. Quando poi dopo abbiamo avuto l'esame istologico, l'anatomopatologo ci ha dato un... ci ha telefonato dicendo: "guarda che in realtà non è una cisti, ma è una garza che si è incistata". Evidentemente, in questo modo qua, ho guardato chi è che aveva operato il paziente prima, gli anni prima, e ho informato il chirurgo che era responsabile del reparto al tempo in cui l'intervento era stato fatto. Dopodiché ho parlato con l'anatomopatologo il quale ha scritto un esame istologico un po' sibillino... che poteva essere compreso da chi capiva, ma non era precisamente detto che c'era una garza. Si diceva che c'era materiale vegetale, adesso non mi ricordo esattamente... insomma, vediamo se c'è scritto... ehm... dice che era una parete fibrosa con aree calcificate, infiltrati flogistici con cellule multinucleate da corpo estraneo, tale parete delimitava una cavità contenente materiale necrotico inglobante materiale estraneo? Costituito da strutture dall'orlo filamentoso. Da un tessuto adiposo muscolare... un modo molto criptico per dire che era una garza e io dissi che era necessario dire al paziente che era una garza, mi consultai con l'azienda e non vollero assolutamente fare questo tipo di passo e per questo motivo fu fatto in questa maniera e dissi che al paziente che era una reazione da corpo estraneo da tessuti che venivano messi per coagulare, perché è vero insomma, sono dei tessuti che vengono usati per migliorare la

coagulazione... però non è mai stato usato il termine esplicito "garza". Per cui io a mio tempo mi lamentai con tutti dicendo che per me era sbagliato perché la cosa poteva essere immediatamente risolta chiarendo il problema senza... perché prima o poi qualcuno si sarebbe accorto di quello che era insomma, no?

È stata la direzione sanitaria a decidere di...

Tutt'assieme è stata... quella cosa di rimanere del tutto... perché evidentemente non c'ho prove di quel che dico, no? Questo quindi è il dato di fatto, poi il dato ufficiale fu quello che fu fatta... poi qui c'è un referto e il paziente non è stato più rivisto, è stato bene e chiuso lì il discorso

Quindi quando il paziente se ne è andato non sapeva...

Io gli avevo detto che c'era del materiale estraneo, ma non ho mai usato il termine garza, gli ho detto che c'era del materiale estraneo, residuo probabilmente, di tessuti che erano stati messi a suo tempo per migliorare la coagulazione o di altri tessuti insomma, che può provocare comunque una cosa del genere...

Ok. e come ha scoperto che era una garza quello?

Ma, penso che prima o poi, sa come vanno queste cose qui, penso che prima o poi queste cose qui vengano lette da un avvocato che dice facciamo 50% a testa, se va bene va bene, se va bene facciamo a metà, se va male non paghi niente... questa è la cosa usuale in queste storie qua, no?

Ma secondo lei come sarebbe stato il modo migliore per...

Dire la verità subito e dire le paghiamo i danni... cosa che adesso faranno con pubblicità negativa, notizia sul giornale contro... il... perché, perché poi han fatto marcia indietro? Perché è venuta fuori la cosa sul giornale no?

Quindi c'è la tensione, il fatto che lui sia andato, cioè che avrebbe deciso di far causa è dovuto al fatto che non ha saputo subito la verità?

Certo, lui ha richiesto a suo tempo... poi quando qualcuno alla fine gli ha spiegato quello che non era stato spiegato in maniera chiara eh... ha capito che qualcuno gli ha spiegato che quella situazione poteva richiedere, poteva creare un danno, non era un evento inevitabile... era un danno che gli era stato procurato per il quale lui poteva richiedere giustamente un risarcimento

Da quando lui ha scoperto di avere, cioè che questo elemento esterno era una garza... non si è più rivolto a voi, è andato direttamente... per via giudiziaria...

Ha fatto una lettera all'azienda, l'azienda siccome è composta da, ha un ufficio legale fatto da portantini, non hanno capito che la cosa migliore era subito prendere la cosa al balzo e non lasciare le cose come stanno, hanno gettato sull'aspetto formale senza capire che il paziente era già stimolato da un avvocato per cui non gli sembrava vero di poter andar sul giornale no?

Si, però in realtà non è l'ospedale che non vuole pagare i danni, è l'assicurazione che ha un problema di tempistica...

Per la legge ci han detto che era passato il tempo

Ma gliel'ha detto l'assicurazione, non l'azienda ospedaliera?

Che gliel'hanno detto l'ufficio legale dell'azienda, poi può darsi che mi sbagli... se sul piano legale sono passati i tempi non deve pagare l'azienda; se paga vuol dire che non sono passati i tempi per cui dal punto di vista legale non sono un avvocato... è evidente che c'erano gli estremi insomma no? Se un avvocato di fa una causa no, io faccio il perito per il tribunale, se uno ti fa una causa, scrive l'avvocato, sa quel che chiede... se vuole il risarcimento per danno è perché sa che può ottenerlo oppure vuol fare un accordo e te lo dice: "guarda io ti faccio fare una brutta figura sulla stampa, per cui veniamo a un accordo", no?

E il fatto che sia andato sulla stampa, prima mi è stato detto... che da noi c'è una "tradizione" negativa per cui in molti casi di sanità, di "mala sanità" vengono sbandierati subito e messi subito sul giornale... secondo lei in questo caso, cioè qual è il motivo che ha fatto scattare il fatto...

Quando, che sia l'ufficio legale dell'azienda, che sia l'assicurazione, ora questo dettaglio non lo so, ma gli han detto "non hai diritto", quello li ha fatto la cosa che farebbe chiunque è andato sul giornale e ha detto "guardate, mi han lasciato una garza in pancia", cosa farebbe lei?

È l'unico modo per farsi sentire...

Avendo la certezza della ragione, uno va lì, poi i giornali vanno a nozze con queste cose qua no? Quindi è evidente che questo, cioè... si poteva risolvere il problema banalmente... siccome c'era stato poco tempo prima un altro evento simile, che è il primo che mi capitava da quando ero qua con un altro collega che aveva lasciato una garza dentro, in quel caso si decise di... con procedura, diciamo sempre una verità... cioè purtroppo non ci sono mille motivi giustificazioni, quello che ci pare poi dopo si vedrà. Da dire il fatto che quando succede una cosa del genere è inutile far finta di niente

Cioè lei nella sua esperienza ha visto che quando lei diceva la verità, cioè se non so colleghi o se comunque le son capitati altri casi di crisi, quando veniva detto la verità comunque si risolveva senza passare dalle vie legali...

Sì, il problema a mio parere, questo comunque sono tanti anni che faccio sto mestiere... ci sarà un motivo per il quale ci sono alcune strutture che hanno generalmente un enorme quantità di pessima stampa e pessimi giudizi che sono la cardiocirurgia, l'ortopedia, la ginecologia... no? Sono alcune strutture e guarda caso sono fatte sempre da persone, da medici che non riescono ad avere un ottimo rapporto coi pazienti e cui... ed è quello che crea la disputa. Cioè se uno va

da un paziente e dice: "c'è stato un errore, l'errore è stato dovuto da questo e questo" il più delle volte i parenti del paziente capiscono. Cioè se uno si nasconde e se ne va via e tratta male i parenti quelli si incattiviscono

Si però non può esserci anche il caso che comunque pur dicendolo il paziente...

Certo, ma abbia pazienza, se uno ha ragione, io ti posso dire "guarda..." cioè se io mi accorgo di aver fatto un errore, ne parlo con i parenti, i pazienti i parenti quello che è... gli spiego i motivi per i quali ho fatto l'errore, cerco in tutte le maniere di risolvere l'errore, di dargli il massimo dell'assistenza poi si... c'è tutto un volto... che comunque lui chieda un risarcimento, ma non deve trovare il medico come una persona che avendo fatto l'errore gli si rivolta contro... è questo che poi fa scattare il massimo della aggressività da parte delle persone

Ma invece ritornando alla stampa, come "lettrice", si sente spesso sui giornali soprattutto in campo ginecologico forse... secondo la sua esperienza ci sono delle esagerazioni, ci sono anche dei fraintendimenti, dei casi in cui non si poteva fare nient'altro e vengono visti come errore?

Sono ambienti nei quali vi sono fortissimi conflitti di interesse perché l'attività privata è molto praticata... in ginecologia-ostetrica ci sono i ginecologi che hanno le loro pazienti, quando le portano in ospedale tendono a guardare i loro pazienti perché ognuno si guarda i propri pazienti... non è il paziente che viene dentro, c'è un primario, ci sono gli aiuti... anche se il paziente viene visto dall'ultimo dei miei collaboratori io sono sempre responsabile, c'ho l'ultima decisione di tutto quello che avviene in reparto... per cui non c'è differenza se di fatto un paziente è mio personale è suo o di un altro... io pretendo che non ci sia nessuna differenza tra il paziente che viene visto da Tizio o da Caio, per cui tutti devono avere lo stesso tipo standard di trattamento senza dire: "questo paziente è mio, questo paziente è tuo"... in ginecologia, ostetricia, ortopedia, odontoiatria, spesso in cardiocirurgia perché ci sono i cardiologi dietro c'è un problema di conflitto d'interesse personale per cui è evidente che io guardo lei, non guardo lui e l'altro si sente infastidito... per cui già è infastidito per il fatto che avverte una differenziazione di comportamenti dei sanitari

Invece sulle aspettative alte in campo medico, non pensa ci sia anche questo problema?

Perché va bene in questo caso è una garza, è stata trovata è un fatto oggettivo. In altri casi però può essere che effettivamente non c'era modo di salvare un'altra persona

Questo è un altro discorso, cioè ...

E viene poi interpretato dai media o dal paziente stesso o dai parenti del paziente come non so, "mi hanno ucciso..."

Certo, ma anche lì non è che a me non siano morti dei pazienti, noi facciamo trapianti di fegato... per cui sono morte... e non ho avuto problemi perché ho tenuto costantemente contatto coi parenti, gli ho spiegato momento per momento, gli ho spiegato prima del trapianto quello che poteva succedere, li ho informati di tutte le cose che venivano fatti, dei rischi... ogni volta c'ho messo la mia faccia a spiegare ste cose... poi dopo ci possono anche essere... però nel campo diciamo, la malasanità cosiddetta, viene definita tale quando è il comportamento che è sbagliato nei confronti delle persone... perché c'è disinteresse, c'è... viene buttato via, non vengono dette le cose, non c'è la cura nel far capire alle persone quel che è successo, poi dopo insomma è successo... sbaglio... ci sono pazienti che mi hanno anche denunciato ma quando io ho presentato le relazioni... non c'ho nessuna causa cioè pur avendo avuto denunce diciamo così, richieste... quando ho presentato tutta la documentazione momento per momento di quel che è stato fatto e ogni volta il paziente o i parenti erano informati della cosa, la cosa si è risolta lì... non c'è nessun risarcimento fatto a nessuno

Perché comunque lei era nella "ragione"

Perché l'evento morte o altro è un evento comunque che può prestarsi a una richiesta di risarcimento a una definizione di malasanità... è evidente che qui non siamo di fronte a una tonsillectomia, arriva la ragazza bella, giovane, di 18 anni per farsi togliere le tonsille e muore... o per fare l'appendicite come a Lamezia Terme e muore... è evidente che c'è una differenza, cioè uno che viene in reparti di questo genere, però sa che c'ha dei problemi seri, no? Per cui siamo già in una sede diversa. Ma il più delle volte succedono queste cose qui per disinteresse, perché non si ha una sufficiente sollecitudine nei confronti di tutte le persone coinvolte nel problema. Quindi è la comunicazione che è importante per definire anche l'errore perché se c'è risarcimento la persona non sarà incattivita nei confronti dell'azienda, della struttura, del medico... per cui...

Invece i pazienti o i parenti dei pazienti cosa devono avere, o cosa non hanno quando reagiscono bene o male alla crisi. Cioè qual è la caratteristica, cioè...

Cioè non dev'esserci nulla di... può succedere un evento inaspettato, però il più possibile parlar prima con tutti gli attori della vicenda nel senso che bisogna spiegarli per chiarire in modo che nulla sia imprevedibile. Ripeto: poi ci sono situazioni e situazioni. Un conto è chirurgia di grosso impatto: il trapianto, un cancro della testa del pancreas, un cancro al fegato, all'intestino... un conto è l'appendicectomia, la tonsillectomia che uno, non si aspetta no? Un intervento di chirurgia plastica per cui si muore per una reazione all'anestetico no? Quindi sono eventi che benché prevedibili sono esclusi. Poi c'è tutto l'altro aspetto che sicuramente c'è, che oggi si ritiene che la medicina e in particolare la chirurgia sia in grado di

far tutto. Per cui molte volte può succedere che c'è la delusione nei confronti delle aspettative che ci si era posti.

Riesce a farmi due esempi senza dirmi nomi di crisi a cui ha assistito come protagonista o come figura secondaria, di crisi finita bene e finita male? Cioè di crisi poi finita in tribunale oltre a questo che stiamo già analizzando...

Finiti in tribunale che poi parlo di tanti anni fa, che poi son stato completamente prosciolto è stato quando lavoravo a Padova, un ortopedico stava facendo l'intervento a una colonna vertebrale per un'ernia e un paziente per esser stato operato all'ernia discale e stava con la pancia giù così... e probabilmente in un particolare momento in cui doveva sezionare una porzione dell'osso della colonna vertebrale, probabilmente ha perforato l'aorta. Lui s'è accorto del sanguinamento, dopo un po' mi chiamano perché io ero il chirurgo di guardia, vado là, mi rendo conto della situazione, eravamo in neurochirurgia e il neurochirurgo voleva che io la paziente la operassi lì... io mi sono rifiutato perché lì non c'era nulla per poter fare un intervento di chirurgia addominale para muscolare per cui ho fatto trasportare la paziente da neurochirurgia alle sale operatorie mie. Poi ho cominciato a operarla, mi sono anche... ho chiamato anche un chirurgo vascolare per darmi una mano... purtroppo la paziente poi è morta. La scalogna era che le figlie erano medici legali heh... i quali hanno iniziato la vertenza quanto prima. Lì evidentemente non... l'evento era... un errore tecnico, un problema tecnico, però il neurochirurgo che era un mio compagno di scuola, si difese dicendo che, l'errore c'era stato, ma l'errore più grosso era mio perché avevo deciso di portare il paziente in sala operatoria chirurgica e non operarlo lì. Quindi io ho perso tempo in pratica. E nel conflitto di interesse tra i due fu discusso a lungo, io avevo i miei periti, lui i suoi periti, e alla fine il giudice ritenne che fosse giusto il mio comportamento perché avevo offerto al paziente le migliori possibilità di risultato, cioè un posto idonei, chirurghi idonei, attrezzatura idonea... ciò nonostante, l'evento non era più trattabile.

In questo caso, non c'era possibilità di evitare la crisi, nel senso...

No perché c'erano due eventi negativi, c'era uno che era un evento... c'è l'autopsia poi anche un altro intervento... era chiaro l'errore tecnico, ma la difesa del neurochirurgo era "si l'errore tecnico c'era, non era tale da portare a morte la paziente se fosse stata operata subito". La mia difesa era: era un evento così complesso da trattare perché era la rottura dell'aorta posteriore, per cui dal punto di vista tecnico addominale era molto difficile, bisognava andare nel posto più adeguato con le attrezzature più adeguate di recupero sangue, eccetera eccetera... cose che in neurochirurgia non c'erano... per cui il far aprir la pancia è un conto, poter far poi qualcosa... no? Quello è un evento che poi è finito... il neurochirurgo ha avuto colpa grave ed è stato

condannato. Invece un altro caso in cui... ecco questo qui può essere interessante, la vertenza è ancora in atto. Lì ci sono entrato per puro caso... ero appena arrivato qui e c'erano dei pazienti che erano o non erano in lista d'attesa per trapianto perché c'era un po' di confusione e in particolare c'era un paziente che secondo il paziente e i parenti era in lista di attesa per un trapianto... in realtà non era in lista d'attesa per un trapianto... premetto nel momento in cui c'era il cambio di direzione, cioè io arrivavo e il mio collega se ne andava... per cui sicuramente momenti di sbandamento nella direzione. Sta di fatto che io mi trovo questo paziente in reparto perché aveva un'ernia ombelicale, (non si capisce) e lo operiamo, io non lo conoscevo... la moglie mi dice "quand'è che la trapianta?", "guardi signora non so neanche se sia in lista, non conosco tutti i pazienti, mi informo". Vado a vedere e dico alla "signora guardi suo marito non è in lista d'attesa, deve ancora fare delle valutazioni"... "ma come mi hanno detto che è in lista d'attesa per un trapianto" " guardi signora dev'esserci stato un errore di valutazione, perché il paziente gestito da un altro reparto" e dice "ma, non lo so"... "guardi signora visto che la situazione è questa, mi adopero nell'arco di pochi giorni per finire gli esami che gli mancavano, viene messo in lista. Con il primo fegato compatibile, giusto per risolvere sto problema lo trapiantiamo." fortunatamente il trapianto va bene, vediamo che è un bel fegato, poi dopo ci sono trombosi... il paziente muore alla fine... insufficienza renale (non si capisce)... e dopo un po' di mesi ci denunciano, no? Ora, il problema era proprio un problema di non comunicazione, nel senso che per far ricoverare i pazienti i soldi dei viaggi, dalla Puglia in modo particolare o dalla Calabria, bisogna anche scrivere che il paziente è in attesa di trapianto, su un foglio, ci metti una x, allora vengono rimborsati. Il termine "in attesa di un trapianto" è molto sibillino, perché anche io sono in attesa di un trapianto, ma non vuol dire che sono in lista per un trapianto. Sono in attesa come evento possibile. Essere in lista vuol dire essere iscritto a una lista. Su questi moduli c'è scritto "è in attesa di un trapianto" per cui è una truffa frequente quella che viene perpetuata nei confronti dell'INPS, non so chi è che paga, la regione adesso non so... che veniva perpetrata perché si lasciava questa situazione un pochino di... lo scritto voleva dire qualcosa invece non era la verità, per cui il paziente, il parente, mostravano questi documenti per dire che il paziente è in lista... per cui noi facciamo come oggi, facciamo delle riunioni ogni settimana in cui vengono presentati i pazienti da mettere in lista, vengono scritti: Sì, no, va bene, bisogna fare questo... per cui c'è un registro che va avanti dal 2000 in cui ogni settimana si scrive quello che riguarda il paziente e viene messo in lista. Per cui abbiamo la cronistoria di questo paziente. Sicuramente ci son state incomprensioni, però il problema verteva su questa diversa definizione: una fatta dai nostri colleghi medici per compiacere il paziente e dargli l'aiuto economico... il paziente gradiva

l'aiuto economico. A mio parere sapeva benissimo che non era in lista, però per avvalorare la posizione nella causa mostra questo documento dicendo che lui in realtà era in lista... per cui per queste difficoltà di comunicazione, poi va be' bloccai tutti i pazienti, me li son rivisti uno per uno perché evidentemente c'erano queste situazioni delicate... però è un processo che va avanti dal 2004, fanno due udienze all'anno e tuttora non sanno ancora quando inizia il processo perché ogni volta si discute, poi io non partecipo partecipa l'avvocato mia, chi altro dev'essere coinvolto. Per cui coinvolgono tutte le persone possibili e immaginabili, ma non ne han ancora interrogata una. Anche lì, dal 2004 che va avanti per cui sono sette anni, ci sarà a maggio un'altra udienza, non lo so... ha ragione o ha torto ? quella signora, la moglie, non ha ancora la più pallida idea se può aver ragione o no rispetto a questi eventi . Per questo è stato istituito adesso il sistema della conciliazione no? nel senso che si valuta e si vede in maniera un pochino più serena se c'è materiale per contendere, perché se no poi la gente continua a denunciarci perché sa che alla fine l'azienda per evitare la pubblicità negativa paga, no? E invece bisogna reagire a questo perché ci sono gli avvocati, come le ho detto, che vanno in giro che guardano in giro chi muore chi non muore, sono in pronto soccorso ne trova là tre o quattro, che appena arriva uno per un incidente stradale "Ah, ma! Le faccio avere 50000 euro, 70000 euro"; e quindi fanno tutte queste cause. E se van bene fanno il 50%, se van male non pagano niente. Per cui il paziente non ci perde niente, no?

Sì. Ehm ritornando un attimo al caso specifico... l'anatomopatologo ha avuto un ruolo soltanto nella scrittura di quel referto sibillino; non ha avuto nessun altro coinvolgimento... mentre il secondo chirurgo (Int. 13) di cui mi parlava prima che ruolo ha avuto?

Niente, ha avuto il paziente per prima. Non mi ricordo se io ho aiutato lui nell'intervento o lui ha aiutato me nell'intervento. Ha operato con me il paziente.

Cioè, è la persona che s'è accorta effettivamente che c'era qualcosa che non andava?

No, noi abbiamo tolto il pezzo ritenendo fosse una recidiva di una cisti da echinococco. Perché noi non ci siamo resi conto all'atto dell'intervento che era un qualcosa... ci rendevamo solo conto che era molto adesa, più del solito. Non abbiamo fatto caso alla cosa...

Il paziente in pratica è stato male da quando ha avuto l'operazione fino a quando...

No, è stato sempre bene

Ah è stato sempre bene. Quindi sta ingigantendo un po' diciamo...

Dal 1997 al 2009 il paziente non ha avuto nessun problema.

Non ha avuto nessun problema

Nessun problema. Per dodici anni non ha avuto niente. Nell'estate del 2009 il paziente ha lamentato una dolenzia generica alla parte destra e irradiata... un dolore qua (indica). Per questo motivo che poi poteva essere legato o no a questo, non è detto ma comunque fanno un ecografia, nell'ecografia vedono questa massa, fanno una TAC e la cosa più probabile è che 12 per 10 cm, quindi è una patata così... e si ritiene, è ragionevole pensare a una recidiva di una cisti echinococco calcificata.

Ok, quindi non ha avuto nessun problema in dodici anni precedenti

Già. Il primo chirurgo (Int. 12) che ha fatto la diagnosi, che è uno dei chirurghi che giovedì vede...

Ah si giusto...

E poi...

Quindi... Il primo chirurgo (Int. 12)

Prima ha parlato il secondo chirurgo (Int. 13) io l'ho aiutato e se poi... ed era presente anche il dottor Biasini.

Ok

Poi dopo il paziente è stato bene, è andato a casa dopo pochi, sette... una settimana

È andato a casa poi si è scatenato dopo tutto il...

Sì, questo siamo nel 2009...

Sì

24 febbraio, ah no questo qui... il 2009, il 24 febbraio mi viene detto di fare una relazione sull'intervento

Ok. Questi eventi critici poi portano delle modifiche nei protocolli, nelle procedure oppure... cioè comunque poi vengono utilizzati anche in modo positivo...?

Certo, se una cosa...poi per quanto riguarda le garze il problema è ormai risolto da anni... nel senso che a suo tempo, sia per quanto riguarda l'altro evento della garza che è successo poco tempo prima, che quello... il... la soluzione che fu data al problema non certo perché (non si capisce) verso le garze...ma per altri eventi simili, era quella... cioè le garze adesso hanno un filetto metallico per cui sono facilmente riconoscibili dalla radiologia... c'è una procedura ben precisa di conta-garze che viene poi riportata alla fine dell'intervento. Se la conta-garze corrisponde, cioè quante garze son entrate in campo operatorio, quante ne sono uscite, se corrisponde, allora corrisponde. Se non corrisponde, anche a seconda di quante garze si sono usate, se si sono usate più di 100 o meno di 100, se l'intervento è durato più di un certo numero di ore, non ricordo quanto, comunque viene fatta una lastra al paziente, prima di chiudere la pancia, viene fatta una radiografia per verificare la presenza di eventuali garze. Se

poi c'è una discordanza tra le garze, comunque viene fatta una lastra, viene fatta una ri-esplorazione nel caso in cui non si trovi niente e si scrive che il conto non torna.

Il paziente lo sa?

Il paziente non necessariamente lo sa, perché si trova una spiegazione... è scritto sulla cartella... nel registro operatorio c'è alla fine il conto garze. Nel caso in cui non torna, il chirurgo deve dire se va bene lo stesso o no, anche perché può capitare che una garza si confonda, finisca per terra... se uno ne usa 100, 150 garze, può succedere raramente ma può succedere. Può succedere, c'è stato un periodo in cui abbiamo avuto anche un problema per cui è cambiata la procedura, perché dalla ditta che ci vendeva le garze, che sono a blocchi di 10, in alcuni pacchi erano 9. per cui l'infermiere ogni volta che apre il pacco di garze le conta. In modo tale che sappiamo il numero esatto di garze che vengono messe. E quando cambia la ferrista, si fa il conto garze.

Ci son stati altri casi in cui ha assistito a cambiamenti di procedure...

Ah, continuamente... siamo pieni di procedure anche per respirare hehe... nel senso che qualunque evento se c'è la gestione del rischio che è... non ha il paragone rispetto al passato... per dire, per modo di dire... quella che è arrivata ieri... che è per esempio la gestione delle cadute. Qui c'è un volume, qua... la procedura cadute... qui c'è un volume di cose che bisogna fare, le situazioni, come, quando, il fattore di rischio, di chi è la responsabilità, cosa bisogna fare, chi bisogna avvertire, i 10 fattori di rischio per chi deve verificare le caratteristiche dei pazienti, i fattori di invecchiamento, di malattia, l'aspetto psicologico, la paura di cadere del paziente.

Non è controproducente avere queste procedure così... non viene visto da alcuni operatori come eccesso di formalismo piuttosto che come sostanza importante...

ma, sa, adesso ci stiamo molto attenti perché abbiamo pazienti, per dire il caso di cadute... è uno degli elementi che ci vengono... ogni caduta per noi è un giudizio negativo sull'attività del lavoro... nel budget ci sono determinate procedure che devono essere seguite con particolare attenzione perché ci vengono ribaltate nel nostro stipendio alla fine, insomma, no? Perché se andiamo al di sotto di un certo limite, questo può essere visto come un aspetto negativo nella gestione del direttore... poi gli altri possono... chi ha la responsabilità maggiore è il direttore. Poi ci sono insiemi di persone che rispondono a me sul piano della responsabilità. C'è uno che fa la responsabilità della gestione dei rischi, uno della responsabilità di fare applicare queste procedure, uno che segue i malati in un posto... ognuno ha un compito ben preciso che deve rendicontarmi su quello che avviene...

Però avere 33 regole può essere visto come un eccesso di formalismo da un operatore, per cui dice "va be', ma cioè perché per un azione così semplice devo seguire tutte queste regole" mentre invece 5 regole possono essere seguite più volentieri.

Però, per esempio... oggi si parlava di questa roba qua, il medico di guardia deve sapere questo perché se va in un altro reparto eh, dopo è lui che è responsabile se il paziente casca per terra e allora deve identificare le caratteristiche ambientali che possono aumentare i potenziali rischi di caduta. Per esempio, se viene lavato per terra, ci dev'essere sempre scritto "pavimento umido", scritto in giallo, perché se no lei può cascare per terra. Identificare i bisogni di sicurezza richiesti dal paziente, basati sui livelli di funzionalità fisica e cognitiva e sulla sua storia clinica: alzare le sponde del letto se uno vede che il paziente non è sicuro. Controllare gli oggetti che il paziente utilizza, cioè per dire il tavolino, le aste delle flebo, dei flussori, se possono in qualche maniera ingarbugliarsi nelle gambe; che ci sia adeguata illuminazione; che i percorsi siano sicuri, cioè se un paziente deve andare in bagno, non ci devono essere sedie messe davanti. Cioè ognuno dagli infermieri ai medici devono stare attenti, questo è un caso poi ce ne sono mille altri, devono fare attenzione a queste cose qui... ora questo qui serve perché uno se lo legge e dice: "beh in effetti è giusto", no? Però dopo, cade un paziente, va sul computer, cerca "procedura caduta paziente" e va a verificare quello che avrebbe dovuto fare, quel che ha fatto e quello che deve fare per gestire l'evento nel migliore... nel modo migliore dopodiché, si fa un rendiconto dicendo "è successo questo, ho seguito questa procedura qua"

E quanto secondo lei è aumentata la pressione... proprio per queste cose di... cioè nel senso nel caso di errore medico... pensa che ci sia uno stress maggiore sugli operatori per cui poi anche queste procedure diventano pesanti?

Dipende dal tipo di... cioè esistono quelle che vengono chiamate linee guida, no? Che sono espressione, esprimono un comportamento razionale che va bene nella maggior parte dei casi, però non significa che la linea guida sia la legge. Uno dei problemi per esempio più frequenti è quello del paziente che ha una botta in testa, va al pronto soccorso, il medico lo guarda e dice "mah non c'è niente, vai a casa", il giorno dopo il paziente muore per emorragia cerebrale. Il medico si deve fare un'idea dell'entità della botta, per cui guarda come è la botta, si fa descrivere come è avvenuta; se si fa l'idea che tutto sommato non è nulla di particolare fa le mille raccomandazioni: "se hai mal di testa, sonnolenza, vomito, se hai quello e quell'altro mi raccomando torna subito indietro". Succede qualche volta che o non è fatto correttamente, o fatto pur correttamente l'evento può capitare lo stesso, in quel caso un eventuale giudice dice: perché non ha fatto la TAC? Il medico ha poche possibilità di difesa, perché dice: "eh, non l'ho

fatta perché non mi sembrava il caso" e dice ma, una botta in testa, lei vede sul giornale c'è scritto: non gli hanno fatto neanche la Tac. Qual è il risultato? Che la maggior parte dei pazienti che ora sfiorano qualcosa con la testa, fanno la Tac cerebrale. Non perché serva, ma perché potrebbe servire di fronte al giudice, cioè quella che si chiama la medicina difensiva.

Cioè il medico si sente sotto pressione, e quindi fa...

Se mette in determinate situazioni di rischio in cui magari ha pochi elementi per giudicare, i medici del pronto soccorso sono quelli che sono più danneggiati, no? Per cui alla fine c'è un'esasperazione degli esami che porta a dei costi stratosferici per eventualmente venire incontro ad un evento. Tenga presente che poi tra l'altro la Tac fatta subito non serve a niente perché le emorragie si manifestano 24-48 ore dopo, ma se ha fatto la tac, a posto, anche se il paziente muore, io ho fatto fare la Tac, la Tac era negativa... Trauma addominale, probabile la rottura della milza... io gli ho fatto fare l'ecografia dell'addome che è negativa, il paziente dopo 8 giorni muore perché la rottura della milza in due tempi avviene dopo 7-9 giorni, cosa fa tiene lì il paziente 8 giorni senza niente? Cioè purtroppo ci sono degli eventi che sfuggono a quella che è una valutazione in emergenza. Ce ne sarà uno su 100000, ma purtroppo quell'uno può succedere...

In questi casi comunque viene considerato errore medico...

Certo

E secondo lei come si può gestire?

Niente, ci vuole intelligenza e fortuna. Cioè purtroppo è, quando lei ha fatto fare l'esame, lei è a posto. Nel senso che non si è visto niente, non c'era motivo di tenere. Succede, è un evento che si è manifestato indipendentemente da quello che poteva essere identificabile al momento del ricovero.

Lei gestirebbe comunque parlando coi parenti...

Ma in questi casi è un evento difficile perché non l'ha gestito poi completamente, no? Lì non c'ha difesa il medico, in quei casi lì. La difesa può esserci quando segue il paziente in maniera continuativa, giorno per giorno, se si sviluppa la complicanza uno gestisce la complicanza... il paziente, i parenti vedono che uno sta dietro, per cui vede che si dà da fare. Per cui per quale motivo ci sono più donazioni al nord che al sud? Perché i rapporti tra i medici e i parenti sono molto più, son migliori nel senso che i parenti raramente ritengono che il medico abbia responsabilità nella morte del loro congiunto... nell'Italia meridionale...

Perché? È una differenza culturale?

No, non c'entra niente la cultura. Perché ritengono che il medico abbia fatto il più delle volte il suo mestiere. Cioè che sia un evento che purtroppo è capitato, il medico s'è dato da fare, ha fatto di tutto, per cui i pazienti non hanno astio nei confronti della sanità...

Nel sud invece c'è astio?

Al sud c'è astio perché sono convinti "me l'hanno ammazzato"

Ok

Questo è il motivo essenziale

Il carattere del paziente ha qualcosa a che vedere...

ma sì il carattere sicuramente c'è... però non esiste un problema di meridione o settentrione. I meridionali che vengono qui sono donatori esattamente come lo sono gli altri. I pugliesi qui donano esattamente quanto potrebbe capitare a un emiliano, a un lombardo, un comense o che so io, cosa che non succede in Puglia, no? E il motivo è essenziale. Per quale motivo i pazienti vengono su? Perché hanno maggiori certezze di esser trattati in maniera adeguata. Non è per gli strumenti, gli strumenti ci sono dappertutto. È il rapporto con le persone.

Invece differenze culturali, lasciamo perdere nord e sud, proprio a livello di istruzione, l'ha notato?

Cioè, dipende, è il modo con cui lei può spiegare le cose... nel senso di una persona che è culturalmente più su, può spiegargli le cose in una certa maniera; una persona che è culturalmente meno provvista può avere più sul lato emozionale, meno sul lato razionale. Però se uno è un medico che fa il suo mestiere da tanti anni deve sapersi comportare con l'uno e con l'altro, insomma, no? E quindi ci sono però non poi nel... cioè il dolore è dolore per chiunque no? Allora bisogna essere vicini alla persona... a una persona dai una stretta di mano, a un'altra un abbraccio facendo capire che partecipi alla sua preoccupazione, al suo dolore, che stai facendo il tutto per tutto per risolvere il problema e che non ti fermi davanti a nulla di quello che è possibile fare per risolvere il problema

Una cosa su questo paziente... in realtà a me non son stati dati i nomi, come dicevano le dottoresse, non mi son stati dati i nomi di chi effettivamente ha fatto l'operazione più di 12 anni fa. Ma in realtà il risarcimento chiesto è al... cioè non è stato chiamato in causa il medico dal paziente... cioè è stata chiamata in causa tutta la struttura...

Sì, si fa così

Cioè, non è stata fatta una denuncia al medico che nel '97...

No ma poi chiaramente se viene fatta una cosa del genere, sarà imputato qui il medico, non certo io o noi insomma, no? Perché noi abbiamo fatto... quindi chiaramente si va all'origine della responsabilità, non... poi dopo vengono presi tutti assieme, perché i parenti non sanno...

quindi l'avvocato per tranquillità coinvolge tutti, poi dopo ognuno avrà il suo ruolo chiarito nella fase di valutazione della situazione. Quando io ho risposto con quella lettera, uno degli elementi negativi sta nel fatto che, di questo mi son lamentato più volte, quando io faccio la relazione perché so che c'è una denuncia, questa relazione non viene consegnata al paziente.

Quindi praticamente lei non ha avuto modo di parlare in nessuna forma col paziente se non quando, prima della denuncia?

In nessun caso... sì... ma... io qui c'entro poco... alla fin fine qui... in altri casi in cui ho avuto denunce, che poi dopo sono finite nel niente, perché la mia giustificazione è stata sufficiente, per cui non c'è stato alcun risarcimento... la cosa poteva essere risolta molto prima, perché ad esempio mi è successo che a Settembre mi è arrivata una lettera di un avvocato che mi chiedeva di nuovo in pratica di denunciare degli eventi per i quali io avevo già risposto un anno prima. Allora io ho telefonato, qui all'ufficio legale dicendo " ma scusate, io è un anno... è un anno che io ho già dato la mia versione dei fatti. Com'è che quest'avvocato viene nuovamente a chiedermi?" "perché noi non abbiamo dato nulla!" "scusate, ma quello non è giustamente arrabbiato perché noi non gli abbiamo dato nessun tipo d'informazione?". Cioè l'ufficio legale si riserva poi eventualmente nel dibattito, nel... però nei confronti della persona non fornisce giustificazioni, no? Mentre quella mia relazione, quella del medico, dovrebbe essere un elemento... poi dopo se si ravvede che ci son elementi di colpevolezza, allora può avere un altro motivo. Ma quando uno dice: "guarda che gli eventi son avvenuti in questa maniera" e l'operatore ritiene di non avere la responsabilità penale negli eventi è evidente che dovrebbe essere informato il paziente, no? Invece a noi viene detto di non parlare in nessuna maniera col paziente. Per questo io non volevo parlare con lei, perché normalmente ci viene intimato di non avere nessun contatto con i... persone coinvolte nell'aspetto legale del problema.

Ok, bene, io ho finito.

INTERVISTA NUMERO 12

SECONDO CHIRURGO: Tutto inizia con la programmazione delle sedute operatorie nella settimana. Ci muoviamo a turnazioni settimanali, io in quella settimana ero l'operatore insieme al turno con il Professore per i casi da operare. Il paziente è arrivato con una diagnosi di sospetta cisti da Echinococco recidiva, lui era già stato operato una ventina d'anni prima x problematica analoga in un'altra clinica. I dati clinici in nostro possesso è radiologici pensavano far supporre una recidiva di questa malattia, con una cisti a carico dei segmenti posteriori del fegato, cisti calcifica apparentemente senza attività vitale e con sierologia del tutto negativa, quindi non ci siamo posti molti problemi dopo aver studiato il paziente.

In sala operatoria l'operazione è stata effettuata come di consueto, con una laparotomia allargata a destra x esporre il lobo epatico destro. La cisti è stata staccata con un intervento chiamato pericistectomia dal fegato e dal diaframma dove erano presenti dei fenomeni di aderenziali tenaci. A posteriori osservando la cisti l'aspetto esterno non mostrava nulla di anormale rispetto a una diagnosi potenziale di cisti da echinococco. Era una cisti di diametro di 10cm, ovoidale di aspetto translucido porcellanaceo, si è enucleata facilmente dal parenchima ed è stata mandata poi per esame istologico definitivo come di consueto. Il paziente ha avuto un decorso post-operatorio senza problemi, liscio, ed è stato dimesso.

Noi di consueto ogni mattina facciamo un briefing di reparto e il professore legge periodicamente i referti istologici man mano che rientrano e comunica a tutta l'equipe in modo che tutti siano informati. Quando è arrivato il referto è stato letto dal direttore a tutta l'equipe noi abbiamo dei verbali firmati da tutti i presenti e verbalizzati ogni giorno, il referto sembrava abbastanza strano perché mostrava una cisti con pareti calcificate fibrose con contenuti in parte necrotici e in parte birifrangenti come da corpo estraneo. Abbiamo preso atto e il professore ha preso contatto con l'anatomia patologica x aver chiarimento e penso, ma non sono sicuro, ha riferito questo evento al capo di dipartimento, dopo di che io non ho avuto altre notizie sull'accaduto se non che ho appreso dal direttore che il paziente aveva esposto formale denuncia sull'evento e poi la cosa è uscita sui giornali. Riguardo alla nostra unità operativa l'informazione e a 360 gradi sia nella preparazione del paziente, nella condotta dell'intervento, nella gestione del paziente e nella documentazione di ritorno dai laboratori di anatomia patologica. In caso specifico l'istologico non perfettamente rispondente alle nostre aspettative è stato segnalato al capo di dipartimento dal Professore e avranno preso ad alto-altro livello le decisioni relative.

L'operazione è stata effettuata da me aiutato dal al Professore.

Quindi lei non ha avuto modo di comunicare con il paziente l'esito del referto?

No, perché il referto istologico arriva che molto spesso il paziente è dimesso. Il paziente ha avuto un decorso molto buono ed è stato dimesso. Consideri che un referto istologico per rientrare in reparto ci mette dai 10 ai 15 giorni lavorativi. So che il referto istologico è stato consegnato al paziente durante una visita ambulatoriale. Il paziente può ricevere il referto o assieme alla copia della cartella clinica o se c'è una particolare urgenza può verificare al computer assieme al medico di ambulatorio e ottenere brevi mano una copia vistata. Questo però non toglie che il paziente comunichi sempre il referto in copia ufficiale che arriva a lui. Io non ho comunicato al paziente perché nella settimana in cui il paziente era in ambulatorio io non ero in ambulatorio, quindi il paziente non l'ho interfacciato io. Ma non è prassi che chi opera un paziente poi debba seguirlo perché abbiamo una turnazione settimanale reparto-prelevi organo-ambulatorio e sala operatoria, anche se la continuità è garantita dal fatto che ci interfacciamo costantemente alla mattina con rapporti e briefing relativi ai pazienti di reparto e di ambulatorio. Io sapevo che il paziente andava bene, che aveva fatto i controlli, aveva ricevuto l'istologico che il professore aveva verificato ma non sono entrato nel merito delle sue decisioni.

Durante la lettura pubblica del referto è emerso che si trattava di una garza?

Sul verbale non c'è scritto garza ma cisti contenente materiale necrotico frammento a fibre birifrangenti come da reazione da corpo estraneo. Dopo 20 anni non si ritrova una garza ma quello che è materiale di reazione fibrosa tra la reazione infiammatoria dell'organismo e il corpo estraneo. Col senno di poi, avendo saputo che fosse successo e rileggendo l'istologico "materiale birifrangente" non è un referto normale e non è un referto da cisti da echinococco, che ha un'altra dicitura. Era un segnale d'allarme, ma quando è successo il professore ce l'ha comunicato e ha informato il capo di dipartimento, che era a capo dell'unità operativa quando 20 anni fa fu fatto questo intervento.

Quindi la scrittura del referto non era volutamente sibillina, sono così i referti...

L'anatomopatologo non può sapere se ci fosse o meno la garza, lui riferisce quello che vede, in base alle notizie cliniche, il clinico che ha operato può trarre le conclusioni. Dal momento in cui arriva un referto con materiale birifrangente come da corpo estraneo il Professore ha segnalato al capo dipartimento. So che il referto è stato consegnato al paziente, che ho rivisto a distanza di tanto tempo perché è venuto a fare un controllo. Ma io non mi sono informato su come stesse andando avanti la cosa

Quindi sul fatto che ci fosse una sorta di ritorsione e di una denuncia nei confronti della struttura per lei è stata una cosa inaspettata?

Io l'ho saputo a distanza di 3-4 settimane fa, che è uscita sul giornale. Sulla nostra struttura penso non ci sia niente perché noi siamo attori e siamo intervenuti su un fatto incidentale avvenuto anni prima, noi abbiamo rimosso il problema se mai. Se c'è stato un errore di gestione è stato nel corso del primo intervento, la garza è stata dimenticata lì. Non so se adesso c'è una denuncia o un procedimento in attivo

A lei non hanno detto niente, non l'hanno informata su quello che è successo?

Ho letto il giornale come tutti, il professore ha comunicato a tutti che sul giornale c'era la notizia e mi disse, cosa molto importante, "per favore stila una relazione sugli eventi successi durante il ricovero?" e io ho stilato una paginetta scrivendo note di intervento e di decorso, un po' quello che ci siamo detti noi oggi. Il paziente è stato dimesso, il referto istologico è arrivato nei tempi previsti dalla procedura aziendale e consegnato al Professore il quale ha poi comunicato..

Premesso che lei è all'esterno e che con Gerundi avete rimosso la supposta cisti, si è fatto un'idea del perché ci sia stata questa denuncia e questo intervento della stampa?

È una cosa tardiva. Solitamente il paziente chiede copia della cartella clinica e si guarda la sua documentazione con il medico di fiducia o di riferimento che lo ha avviato all'intervento. Ora che la cosa non sia emersa col paziente o qualche medico non gli abbia comunicato questa anomalia il perché non lo so o se è stato fatto non so da chi. Dal momento che il paziente viene dimesso, il referto è arrivato, il paziente ha la copia della cartella clinica Il Professore ha comunicato al capo dipartimento dopo essersi interfacciato con l'anatomopatologo, io ho interpretato tutto come una procedura chiusa, per quanto mi riguarda. Non so chi ha spinto e come mai abbia spinto il paziente, giustamente ad approfondire la questione perché si è trattato di un errore temibile nella nostra professione di dimenticare la garza. Infatti da anni adesso noi abbiamo attivato una procedura di sicurezza in questo senso, probabilmente 20 anni fa non c'erano queste procedure così stringenti, non lo so, non ero laureato e non bazzicavo le sale operatorie come adesso. Cosa sia successo nel frattempo a distanza di molti mesi non lo so, magari il paziente ha incontrato un avvocato un po' più attento oppure ha avuto delle informazioni diverse e ha deciso di sporgere denuncia.

Non rileva nessuna responsabilità dal punto di vista della comunicazione? Secondo lei c'erano gli elementi per evitare di arrivare fino alla stampa?

La comunicazione con i pazienti solitamente la da il Professore, soprattutto in questa situazione delicata e quando lui ha comunicato l'istologica ha aggiunto che avrebbe fatto

menzione al capo dipartimento quindi io non mi son sentito in dovere di andare dal paziente e attivare una comunicazione parallela, ho lasciato che gestisse lui come si usa in questo reparto, le informazioni le dà lui. A meno che Il Professore non dica “dai queste informazioni”.

Il mio discorso era un po' più astratto: se lei fosse il responsabile, che comunica con i pazienti, saprebbe dirmi cosa avrebbe fatto per evitare che il caso arrivasse fino alla stampa?

Quando mi è capitato di incappare in errori di tecnica o di essere responsabile di eventi, intanto ho informato l'equipe ed il paziente subito, perché naturalmente quando si è trattato di eventi che hanno richiesto dei re interventi o delle procedure, un drenaggio che si rompe in addome o la necessità di revisionare un'anastomosi, io per come sono fatto vado dal paziente e gli dico “c'è un problema” e lo risolviamo subito, ma comunico io se sono responsabile direttamente col paziente, naturalmente avendo reso edotti tutta l'equipe e poi sono presente in sala, perché se sono artefice di un primo atto chirurgico e se c'è un problema, come può capitare, o lo risolvo io o sono presente io o assisto mentre qualcun altro, come il direttore, lo risolve.

Nel caso specifico non so come mai sia arrivato direttamente alla stampa. Ripeto, pensando male, le cose sono due: o il paziente ha preso coscienza della situazione e nella prima fase ha pensato “vabbè non mi interessa”, oppure nel suo iter... il paziente io l'ho sempre visto una persona tranquilla, non belligerante, molto pacata, ma ripeto non ho dato io l'informazione istologica...oppure nel proseguo ha incontrato una persona, medico o avvocato, che gli ha detto che ci sono gli estremi per ... e allora ha fatto scoppiare la bomba..

Secondo lei è stato corretto reagire in quel modo?

Non so chi ha dato l'informazione alla stampa... la causa legale può essere corretta, ma l'intervento della stampa forse è stato un po' eccessivo. Sappiamo che la stampa va a nozze quando ci sono eventi di questo tipo, magari prima strombazzava l'evento prima di conoscere i fatti. Quanti ce ne sono di fatti così secondo me che passano per sconosciuti e si risolvono nel patteggiamento tra paziente e azienda. Ce ne sono tantissimi credo.

Secondo lei in questi casi qual è il ruolo del medico nelle dinamiche di comunicazione per non arrivare a questo?

Secondo me ha fatto bene il Professore quando ha notato che l'istologico non era proprio rispondente a segnalare la cosa al capo di dipartimento, uno per la carica che ricopre e due perché era responsabile o faceva parte dell'equipe che aveva condotto il primo intervento. In questo modo è giunta l'informazione quantomeno per una rivalutazione critica dei vetrini. Io avrei fatto così avrei richiamato il responsabile e l'anatomopatologo chiedendo se fossimo

sicuri e di riguardare il vetrino dopo di che avrei informato la direzione generale, la direzione sanitaria o l'ufficio legale in modo da contattare direttamente il paziente. Problemi in chirurgia ce ne sono, ci sono in tutti i mestieri. In queste cose lasciar passare in sordina un evento che può capitare, quanto meno non informare o informare male il paziente non va bene perché non si pone il paziente in modo da poter decidere. Quando il paziente è informato bene in maniera esaustiva, accetta anche di buon grado la complicità, accetta di esser trattato e molto spesso non infierisce sul medico. Se invece il paziente ha una complicità, nessuno dice niente a lui e hai parenti, i giorni passano e va sempre peggio, è chiaro che il paziente male informato che vede che il suo iter clinico non risponde ai requisiti o a quello che si aspettava, nel momento che deve andare in sala la prima cosa che fa vuole chiedere chiarezza, e con che mezzi può farlo? Con quelli legali. Quanto meno chiede, la direzione, fa un esposto.

In caso specifico, l'informazione che Il Professore ha passato al capo dipartimento è stato il primo passo del cerchio, poi non sono al corrente della restante circonferenza che poi chiude il cerchio col paziente.

Ha esempi in cui è stato coinvolto in un caso simile?

Tanti anni fa, in un'altra sede, avevo partecipato a un trapianto di rene come specializzando, avevo un ruolo marginale. Il paziente andava bene, passò da nefrologia a chirurgia per una fistola urinosa nel rene trapiantato, fu rioperato dal direttore della clinica presso cui lavoravo io insieme all'urologo. Il paziente fu dimesso, poi a distanza di poche settimane ebbe una ricaduta del problema, fu ricoverato a Milano sempre nell'unità di trapianti per essere rioperato dello stesso problema. Fu trattato, andò a casa, fece un'altra recidiva a distanza di mesi, alla fine insorse una complicità ed il rene trapianta tofu tolto. Il paziente fu dimesso da Milano, se ne tornò a casa a Roma e a distanza di un mese, un mese e mezzo, morì per un'infezione . I parenti sporsero denuncia a Roma, però l'indagine investì a ritroso tutti i professionisti coinvolti, inclusi noi che facemmo il trapianto che non avevamo un nesso di causalità con l'evento infettivo che arrivò a distanza di quasi un anno. Non successe niente, però ricevevamo tutti un avviso di garanzia e fecero il processo. In quel caso lì però il paziente era ricoverato, fu informato della complicità dell'intervento, fu concordato all'epoca il trasferimento a Milano perché lo seguivamo noi nel follow-up post-trapianto di rene per il nuovo problema e gli consigliamo di appoggiarsi a un centro specializzato a Milano, fu appoggiato molto bene. Infatti poi i parenti si scatenarono con l'ultima unità operativa di Roma dove forse ci fu una gestione non ottimale, mentre noi fummo chiamati solo perché eravamo stati interessati all'inizio nella gestione del caso.

Dal punto di vista mediatico i casi di malasanità sono piuttosto frequenti. Quanto è dovuto a errori reali e quanto invece a un'aspettativa altissima della medicina? O piuttosto a una comunicazione sbagliata?

La mancata comunicazione è un elemento scatenante importante. Il paziente deve essere ben informato, specie nella nostra attività di trapianto, dove il paziente deve arrivare al trapianto ben sapendo moltissime cose. È grave se il paziente subisce il trapianto, sorgono delle complicanze e il paziente afferma che se avesse saputo della possibilità di rischio allora non avrebbe accettato il trapianto. Questo non accade perché vengono informati di tutto. È chiaro che quando accade un evento di malasanità bisogna intanto capire la portata, se un evento banale o importante. Poi conta l'ondata mediatica che avviene quando accade l'incidente. Non a caso appena accade un evento, segue un'onda di 6-7 venti e poi la cosa si spegne. La stampa sicuramente talvolta esagerano, non per difendere la categoria. Talvolta ciò sono notizie frutto di disinformazione del giornalista. Nel campo dei trapianti per esempio si sente la notizia "si risveglia dal coma dopo 20 anni mentre i chirurghi stanno depredando i suoi organi", è già successo, sono delle panzane, vuol dire che c'è un errore a monte della diagnosi del coma e della morte cerebrale, non è colpa del chirurgo che preleva gli organi. È impossibile che si vada a prelevare gli organi di una persona in vita. Sono notizie che fanno male al sistema. Cosa conta di più? La mala-informazione a tutti i livelli paziente-parente-giornalisti. personalmente Se posso dare un'informazione cerco di dare una informazione completa, corretta, sempre.

Questo prima di un eventuale errore ...

Io vedo il paziente e gli dico che se deve levarsi una cisti da echinococco gli propongo questo intervento che si fa così, qui se ne fanno con questo tipo di chirurgia. Le complicanze ci sono, controllate, però ci sono e sono di questo tipo, e gli elenco A-B-C-D-E e compaiono alla prima-terza-quinta-ventesima e trentesima giornata. Complicanza a distanza nel periodo di follow-up... io non dico al paziente che deve fare un trapianto che viene qua e guarisce, gli dico che di trapianto si può morire, nel 3-5% dei casi c'è la possibilità che non ti alzi dal letto e non esci dalla sala operatoria. Detto ciò andiamo avanti.

Però gli errori sono cose impreviste ...

Gli errori sono cose impreviste. Nella fattispecie è comparso perché probabilmente o non c'era una procedura, di conteggio garze prima o dopo, o non è stata applicata, o è successo qualcosa, come capita talvolta al cambio turno degli infermieri. Uno ha un conteggio garze, cambia l'infermiere, non si passa la consegna e una garza scappa. Oppure l'infermiere dice al chirurgo che c'è una garza che manca ma è venerdì sera e il chirurgo doveva andare a ballare .. per dire, no?

Il passaggio successivo per il quale il paziente danneggiato non faccia causa, qual è?

Secondo me la prima persona da contattare dopo aver ricevuto una certezza diagnostica era il paziente. "Signore, l'istologico che abbiamo in mano non depone per una cisti da echinococco ma per un corpo estraneo. Ora, è possibile che questo corpo estraneo sia stata una garza ed è stato anche un caso strano perché le garze dopo un po' danno delle forme ematiche, non ci mettono vent'anni ad essere scoperte. Se lui non avesse fatto l'intervento sarebbe morto di vecchiaia con la garza dentro ormai mummificata

Non aveva problemi di salute ...

Aveva la cisti che era lì e ha deciso di togliersela. C'è questa garza, bene. La garza è stata tolta adesso non so se c'è la prescrizione dell'evento, sono passati vent'anni, l'ho letto anch'io come l'ha letto l'uomo della strada

Erano passati molti anni, ma la prescrizione considera il tempo a partire dalla scoperta dell'errore.

In realtà in ogni caso se l'errore è immediato va informato perché se non informi e cerchi di tamponare o non tamponare comunque la cosa emerge. Non è possibile mascherare è difficilissimo mascherare un fatto, nel momento in cui uno prende la cartella, se la cartella è redatta in modo ineccepibile e non si riscontrano uguaglianze tra diario clinico ed esami clinici un occhio esperto vede che c'è qualcosa che non va. Per come sono fatto io, che sono anche addetto al controllo di cartelle, mi accorgo subito se ci sono delle discrepanze. Nel caso specifico la cosa da fare, secondo me, se fossi stato io il responsabile dell'evento avrei dichiarato cos'era successo nell'unità operativa, la direzione sanitaria si prende la responsabilità e troviamo una soluzione, messa così magari il paziente avrebbe detto che poteva succedere. Invece magari si è accorto o gli è sembrato di esser stato preso in giro, la prima cosa che ha cercato o gli è stato messo nell'orecchio la pulce della rivalsa. Poi ovviamente al giorno d'oggi arrivare a fine mese è dura per tutti e magari qualcuno gli avrà detto che c'è la possibilità di tirar su qualcosa...non so, sto ipotizzando, del resto come mai ci ha messo tanto? È stato operato il 4 marzo 2009

E solo adesso è uscita questa cosa ...

Tre settimane fa ce lo comunicò il professore dicendo che sul giornale c'era questo problema della garza del paziente.

Secondo lei esistono delle figure di operatore che riescono ad abbassare le reazioni in fase di crisi? Quali sono i prototipi sia in caso di abbassamento sia di aumento della situazione di tensione caratteristica della crisi?

Nel nostro caso la presenza di un direttore molto calmo che è responsabile alla fine di tutto ciò che i suoi sottoposti fanno al di là delle responsabilità individuali è una fonte di tranquillità, sicuramente. Per il modo che ha lui di approcciare, nel modo calmo che ha nel gestire e approcciarsi con il paziente, è chiaro che anche l'estrema calma non è un bene, ci vuole una soglia di allerta minima e costante per affrontare questi problemi per identificarli quando si affacciano. Infatti adesso nell'azienda, almeno già da un po', si lavora da alcuni anni, si punta molto sulla sorveglianza degli eventi avversi e sul report degli avventi avversi. Ogni unità operativa ha delle persone, io sono il delegato, che ha la funzione di stimolare tutti i presenti nell'applicazione delle linee guida. In questo momento io, delegato, e il direttore costantemente mandiamo messaggi a tutti gli operatori per garantire che loro stiano attenti, che applichino le cose a modo, che segnalino qualsiasi evento e danno anche mancato, detto near-risk perché possa portare a un evento più grave ma che si è fermato perché la procedura lo ha spento o perché si sono verificate circostanze che non lo hanno portato avanti. Ci deve essere equilibrio tra le due cose. L'evento deve essere subito portato fuori non per la ricerca del responsabile, non è questa la filosofia del sistema qualità, ma per la ricerca delle cause predisponenti o delle cause protettive che non si sono verificate e che hanno causato l'evento. Se un malato mi cade in reparto devo capire se sono stato poco attento io a mobilitare il paziente o è un problema suo perché non ha delle ciabatte adeguate, o se il pavimento è scivoloso o se l'illuminazione notturna è scarsa. Non è sempre colpa del paziente o del medico ma di un percorso che deve essere perfetto, se non lo si creano delle circostanze che si concatenano e che portano all'evento. Cosa sia successo per aver dimenticato la garza non lo so, non ero presente. So cosa si sta facendo adesso un controllo molto puntiglioso in sala operatoria.

Secondo lei esiste un'atmosfera di pressione, dovuta al fatto che appena capita qualcosa scatta la denuncia?

Qualcuno magari si può dire di stare attenti se no questo ci denuncia. Io la vedo in diverso modo, sono quello che fa pressione su tutti per applicare il sistema qualità. Magari qualcuno ha più paura perché è rimasto scottato in passato. Io quando trasmetto queste cose cerco di trasmetterle senza pressione negativa, se mai positiva. L'attività che facciamo noi è rischiosa, complessa, ci espone sicuramente anche ad eventi medico-legali, facciamo una chirurgia estremamente articolata, però la principale garanzia per non incappare in queste problematiche è applicare procedure qualificate e condivise da tutti, cioè le cose vanno fatte allo stesso modo sia che le faccia io sia che le faccia l'ultimo assunto, perché è codificato. Poi l'informazione al paziente. Poi se accade un evento fortuito perché la procedura non ha

considerato quella fattispecie bene, è il momento di rivedere la procedura. È il momento di cambiare e aggiornare le linee guida.

Quindi gli errori servono come opportunità per ...

Miglioramento, ma certo. È chiaro che quando accadono gli errori che mettono a rischio la vita o modificare la prognosi o il decorso naturale di una malattia, quello scoccia a tutti. Primo per il paziente. Anche il medico stesso che compie un errore non è un Dio in terra, facciamo gli errori tutti. Però certo è importante riconoscerli subito e capire qual è la portata e qual è stato l'errore che ha portato all'evento e limitarne l'incidenza in futuro. Il sistema che stiamo cercando di mettere insieme nelle aziende è questo: una mappa dei rischi, una mappa delle procedure per tenere contenuto tutto e ogni evento deve essere condiviso e discusso non solo nell'unità operativa ma anche con journal club cosa che facciamo in dipartimento, scambi di provette, bimbi neri che nascono da genitori bianchi, è successo anche quello dai giornali.

INTERVISTA NUMERO 13

Non so se ha capito dalla mia telefonata di che cosa si tratta... è un progetto della regione quindi "super partes"... più o meno.. in realtà io e la ricercatrice responsabile del progetto siamo realmente fuori dai giochi.. nel senso che io sono una studentessa del master di Trieste, lei è ricercatrice allo stesso master quindi siamo veramente separate... saremo le uniche a sentire queste interviste e poi a fare delle analisi che andranno alla regione per stabilire come si procede negli ospedali della... appunto...

A : sì, qual è il grado di qualità della struttura sanitaria a livello...

più che il grado di qualità, quali sono i nodi su cui focalizzarsi per evitare che succedano...

A : cose spiacevoli...

cose spiacevoli di questo tipo.. quindi a me non interessano i fatti in sé, ma più che altro i processi di comunicazione e quello che lei ha potuto vedere dall'esterno perché non era nell'equipe medica..

A : dunque, allora... tutto parte da una chiamata di questo signore, un paziente che nel corso del 2008 mi contatta e mi dice sono accaduti dei problemi in seguito ad un'operazione al fegato di segmentectomia epatica per la precisione e quindi vuole analizzare quelle che possono essere le vicende che hanno portato a questa problematica e quindi eventuali responsabilità... ovviamente in questa sede lui si accorge che c'è qualcosa che è andato storto

nel precedente intervento che è avvenuto nel 1997, 16 ottobre 1997 presso il policlinico di reparto di chirurgia 1, sotto la supervisione del professor S.... e in questa sede lui dice: "mi è stato detto informalmente che probabilmente c'è un problema di corpo estraneo, ovvero oltre al problema di cisti epatiche di cui io soffro... che mi erano state tolte appunto nel 1997 ci risulta qualcosa d'altro dentro nel fegato". Quindi ovviamente inizia tutta un'indagine dal punto di vista specialistico e medico legale che "cerca di accertare" aggiungo io con molta fatica "l'esatta verità". L'esatta verità è che nel 1997 è stata dimenticata una garza, per fortuna sterile, dentro il fegato del paziente, e questa garza fortunatamente si è conservata quasi nella medesima posizione e con le medesime dimensioni fino al 2008. Nel 2008, il signore fa di professione l'agricoltore quindi è portato a piegarsi sul busto per lavorare... quindi a causa di un movimento sbagliato o forse naturale sente una fitta molto forte al fianco proprio in prossimità del fegato e quindi decide di farsi vedere. Fa le visite specialistiche, il 13 Novembre fa un'ecografia all'addome e risulta una formazione grossolana, calcifica di 10x10, una cosa così. Lo specialista che ha eseguito questa visita dice: "è impossibile che siano cisti epatiche, perché in questo modo e in queste dimensioni tra qualche mese ti scoppia il fegato". Al che, decidono di fare altri esami, 16 Dicembre 2008 tac al fegato, e risulta che c'è una cosa che nessuno definisce a livello ambulatoriale, neanche al policlinico, come corpo estraneo.. ma dicono che c'è una cosa da rimuovere. Il 4 marzo del 2009 viene nuovamente ricoverato al Policlinico dove gli viene asportato questo corpo che subito dicono essere sempre una cisti. Quindi i primi esami dopo il secondo intervento dicono che è una cisti, un echinococco. Nel frattempo, da Novembre 2008 al marzo 2009, la garza si era ingrandita ancor di più, era diventata quasi 12 cm. Evidentemente si era aperta e si stava ampliando e quindi tutta la struttura intorno si stava "ingrandendo". Ecco. Da questo punto in poi io intervengo perché c'è una sorta di... ehm... cose non dette da parte delle strutture sanitarie che "mi insospettiscono". Io mi sono rivolto a diversi neuropatologi e diversi medici legali e nessuno prese in mano questa documentazione e mi ha detto esattamente di cosa si trattava. Nessuno si prendeva la responsabilità di dire: "non posso certificare che quello è un corpo estraneo, perché è chiaro ed evidente l'errore, ma io non me la sento". Al che, sono finalmente riuscito a trovare, scandagliando i medici legali di Modena e provincia, due medici legali che mi hanno indicato la responsabilità evidente, l'errore evidente, quindi facciamo la perizia. I due medici sono la professoressa Soler Patrizia (?), medico legale di chiara fama e insomma una persona anche in una certa posizione e comunque medico legale all'INAIL quindi lavora in una struttura pubblica.. e invece la dottoressa Sara Mantovani che è medico legale libero professionista. Entrambe le dottoresse certificano che è una garza, corpo estraneo lasciato dentro

nell'intervento del '98. questo non breve inciso mi serve per collegarmi a quelle che adesso son state le comunicazioni tra me e il policlinico, e me e Generali che è l'assicurazione interessata dalla vicenda.

una precisazione.. lo specialista che diceva che non si trattava di una ciste è all'interno del policlinico o..?

A : sì

è uno dei medici che ha seguito...

A : reparto chirurgico del policlinico nel referto dopo ovviamente aver tolto il corpo estraneo dice "pericistectomia da cisti da echinococco del lobo epatico destro" quindi dice che è una ciste, non una garza. Il referto dice che c'è una ciste.

I:però lei mi parlava di uno specialista che non poteva essere una ciste perché cresceva troppo velocemente per esserlo...

A : è un neuropatologo di Genova

I:quindi non c'entra niente con...

A : no, a Modena non abbiamo trovato nessuno..

I:nessuno a Modena che abbia detto...

A : nessuno.. me l'ha detto a voce: "non mi chiedo di metterlo nero su bianco perché non glielo metterò mai, se vuole una certificazione di questo tipo vada fuori". Io ho telefonato a un neuropatologo di Genova, uno dei più importanti in Italia, gli ho mandato i documenti e lui mi ha detto: "guarda, non ci sono problemi, te lo certifico anche. Se però mi fai parlare con le dottoresse medico legali che seguono la vicenda, non ho alcuna difficoltà a dirgli cosa scrivere e cosa dire". Io ho dato atto alle dottoresse che ci seguivano di quest'eventualità e loro han detto: "guarda non ce ne è bisogno, siamo in grado anche noi professionalmente di dire che quella è una garza". Adesso passiamo a quella che è stata la corrispondenza tra me e l'assicurazione prima e il policlinico di conseguenza. Allora io in realtà ho scritto inizialmente sia alla struttura sanitaria, quindi al professor S. nel 30 marzo 2009, il quale più che celermente, dopo 20 giorni mi ha risposto dicendo di rivolgermi agli affari generali del servizio legale del policlinico. Mi ha scritto il policlinico dicendo che comunque l'assicurazione.. qui, in data 16 Aprile l'assicurazione interessata era... le Generali a suo tempo perché aveva i suoi affari... e quindi io mi sono rivolto alle assicurazioni Generali di Milano, perché questa pratica viene seguita da Milano.. mi ha risposto il 16 Giugno 2009 per mano del dottor Vincenzo Ascoli che è il responsabile del servizio liquidazione danni per responsabilità medica delle Generali di Milano, dicendo che il delitto del mio assistito era prescritto.. per la precisione: " a tale riguardo le segnaliamo che essendo un fatto dell'Ottobre del 1997,

denunciato solo nel 2009, il delitto del signor A. sembrerebbe prescritto ai sensi dell'articolo 2793-94." al che io ho scritto diverse volte al dottore facendo presente che ci sono innumerevoli sentenze anche recenti, recentissimi 2010, 2011, in cui si dice che la prescrizione avrebbe senso e quindi sarebbe fondata se il danno fosse stato conosciuto nel 1997 e si fosse agito soltanto nel 2008-2009. ma in realtà anche per "un fatto del policlinico" che ha sempre celato l'esatta entità e problematica nella vicenda, non siamo mai riusciti a sapere prima del 2008, neanche 2009 facciamo, perché comunque la valutazione medico legale è del 2009, non abbiamo saputo che si trattava di un corpo estraneo.. quindi il diritto da un punto di vista legale, e qui entriamo nella mia materia, iniziava a prescriversi dal 2009 quindi nel momento della conoscibilità del fatto. Sono susseguite diverse comunicazioni tra noi e le Generali, io ho cercato in tutti i modi di dire a questo dottor Ascoli facciamo una valutazione medico legale, quindi sottoponi a visita medica come avviene di solito in questa prassi, in questa vicenda, poi vediamo di fare le valutazioni del caso. Nessuno ha mai mandato visite al paziente. Finché arrivati a Gennaio di quest'anno, quando è venuta pronta anche la seconda perizia, che è quella della dottoressa Mantovani, abbiamo deciso di radicare la causa. Durante la radicazione della causa, c'è stato suggerito di rivolgerci alla stampa. Sono venuti presso di me sia il Resto del Carlino che la Gazzetta di Modena che hanno redatto diversi articoli... qui dovrei averne anche qualcosa di simile, qui se vuole darci un'occhiata.. e... nella quale appunto abbiamo denunciato il fatto che nonostante la tempestiva richiesta danni e nonostante le nostre richieste fossero più che fondate, l'assicurazione Generali aveva negato sempre ogni addebito. Contestualmente alla pubblicazione sui principali media a livello locale, si è interessato alla vicenda sia la Rai che Mediaset. Mediaset mi ha telefonato e fatto una lunga intervista per telefono e poi ha mandato il servizio su Studio Aperto, mentre la Rai mi ha chiamato per chiedere se era disponibile il signore per andare da Magalli, pomeriggio in diretta o qualcosa del genere. È andato da Magalli e ha spiegato quelle che erano le vicende di questa situazione e sostanzialmente ha fatto presente che non aveva ricevuto alcuna soddisfazione per il danno creato. A questo punto interviene il policlinico attraverso il suo ufficio legale che dice "attendiamo la perizia prima di risarcire", quando la perizia la avevano già da diversi mesi. Poi arriviamo a oggi... oggi c'è stata una visita medicolegale da parte della Generali assicurazioni e stiamo attendendo le risultanze di questa perizia medicolegale.

I:ok... ehm... all'interno di questi eventi, volevo sapere... i rapporti con i medici del policlinico quindi se sono stati.... comunque di che tipo e natura sono stati, tenendo conto che non potevano essere... molto rilassati immagino

A : guardi, io attraverso i medici legali che han seguito la vicenda, quindi la dottoressa Solera e la Mantovani, diversi mesi or sono, ho saputo che c'era una certa disponibilità da parte dell'ufficio legale del policlinico di trattare una soluzione bonaria della vicenda. Al che io ho fatto presente che queste comunicazioni erano solo informali e che finché non c'era qualcosa di scritto io non avrei potuto prendere in considerazione queste proposte, tanto più che lo stesso policlinico mi disse a suo tempo: "rivolgeti a Generali", che ha continuato fino all'ultimo a dire "non vi pago nulla, per noi il delitto è prescritto"

I:quindi né lei né l'intervistato 10 siete riusciti a parlare direttamente coi medici o.. adesso non so, il medico legale dell'ospedale?

A : no. A seguito della pubblicazione sulla gazzetta di Modena e il Resto del Carlino mi ha chiamato l'ufficio legale del policlinico... nella persona del dottor M., dicendo che comunque era interesse del policlinico cercare di risolvere la questione in un modo o nell'altro

I:questo dopo la stampa però

A : sì. Che probabilmente avevano avuto qualche disguido di carattere interno perché non erano riusciti per tempo a valutare la pratica... ho detto: "guardi, è due anni che vi scrivo... se voi non avete avuto tempo, non dev'essere il mio assistito ad averne le conseguenze". In realtà il dottore mi ha detto una cosa interessante: "avvocato, la nostra assicurazione non è più Generali, adesso è il Faro. Per cui Generali che è fuori da questi giochi sta cercando di non agevolarci né noi né voi." E mi ha anche fatto presente: "se le cose non dovessero andare per il verso giusto, è interesse del policlinico sanare attraverso le proprie finanze la vicenda. È chiaro che dovrò chiedere un'autorizzazione allo stato perché è il ministro delle finanze che ci deve dare il via per risarcire in proprio, però io conto di convincere Generali Assicurazioni a non solo liquidare il danno, ma anche valutare ovviamente l'entità nel più breve tempo possibile". Siamo arrivati appunto ad oggi

I:quindi la responsabilità è più dell'assicurazione che del policlinico...

A : mi riesce difficile in questo momento dire se la responsabilità è più del policlinico che dell'assicurazione... io le posso dire una cosa... entrambi avevano mie comunicazioni di due anni fa e anche recenti nelle quali sollecitavo una rapida evoluzione della vicenda anche in senso positivo, ma nessuno mi ha mai risposto... mentre la Generali mi diceva: "no non vi diamo niente", il policlinico non mi ha più risposto dalla prima comunicazione che ho fatto. Ha detto: "rivolgetevi a Generali", quindi faccio fatica a dire che è più dell'assicurazione che del policlinico.. diciamo che probabilmente il policlinico ha dato per risolta la vicenda, o comunque non se ne è curato più di tanto, Generali ha dato una netta chiusura dicendo io non

pago nulla. Diciamo che sono due forme gradate di responsabilità, un po' diverse ma credo che siano entrambe responsabili.

I: invece dell' "omertà" di cui parlava prima... nessun medico ha mai... il referto in realtà parlava di un corpo filamentoso..

A : di natura birifrangente, sì

I: che....

A : guardi io tra l'altro mi occupo anche di infortunistica stradale che mi porta ad avere rapporto continuativo con medici specialistici, medici legali... io ho avuto un'interpretazione di quello che è stato da un medico specialistico di mia fiducia che mi ha detto: "questa è una garza, fatti certificare da qualcuno che questa è una garza, poi fai causa al policlinico", però lui non me l'ha fatta questa certificazione.. mi ha detto: "farai molta fatica a trovare qualcuno all'interno..."

I: perché?

A : eh adesso qui andiamo... entriamo in una materia un po' delicata... purtroppo c'è una sorta di corporativismo all'interno del.. ma non solo forse all'interno della struttura medica, parlo anche degli avvocati, parlo in generale per quasi tutti i professionisti... purtroppo anche in presenza di responsabilità acclarate, probabilmente indifendibili, spesso non ci si mette contro il collega che un domani potrebbe essere dalla tua parte.. ecco.. questa è la mia opinione... in questo caso ho avuto la fortuna di aver trovato professionisti seri che hanno fortunatamente assolto al compito, ovvero han detto di ciò che si trattava, ecco.

I: comunque secondo lei è stata fatta volutamente di questo referto un po' sibillino o i referti son sempre scritti in quel modo?

A : no, in questo caso mi sento di espormi dicendo che alla seconda operazione non possono scrivermi che si tratta di una cisti epatica quando in realtà era una garza.. quindi... è più responsabile chi ha certificato la seconda operazione rispetto a chi inizialmente ha dimenticato una garza...

I: però questa certificazione è stata fatta prima...

A : dopo l'operazione, nel 2009

I: prima del referto istologico però, quindi uno poteva anche non saperlo?

A : mi è stato detto.. non sono un medico... mi è stato detto che una ciste è qualcosa di corposo, compatto e magari anche scuro... questa ha una natura quadrata, di un colore giallastro... quindi a meno che non mi vengano a dire che il fegato del signor A. genera una garza, è una cosa che è abbastanza visibile anche a un occhio non esperto forse.

I: dal punto di vista dell'utilizzo della stampa... la decisione l'avete presa, cioè l'ha presa lei? Chi ha deciso ?

A : allora, questo è stato un punto un po' delicato... nel senso che io non sono contrario all'utilizzo del mezzo stampa quando serve per tutelare un cittadino o comunque in questo caso un mio cliente... io conoscevo alcuni addetti alla stampa locale perché c'è la procura qui di fronte... per cui ci troviamo al bar, sono persone che conosco ormai da qualche anno.. quindi questo mi ha fatto sì che collegarmi a loro per diffondere questa problematica non sia stato difficile.. l'input però decisamente è arrivato dal cliente.. lui mi ha detto: " se ci rivolgessimo alla stampa?" perché comunque trattandosi di una persona che aveva perso il lavoro, adesso ha perso la casa... ovviamente non ha una grande disponibilità economica.. quindi ha detto prima di avventurarmi in una causa che va avanti 5, 6 10 anni a Modena, con aggravio anche dei costi perché una causa di questo tipo ha certi costi anche se finora il signore non ha tirato fuori un centesimo... ha detto proviamo anche la via della stampa.. allora ci siamo messi in contatto con il Resto del Carlino, il Resto del Carlino ha chiamato la Gazzetta di Modena, ha detto: "avvocato veniamo da lei una volta che usciamo dalla procura e affrontiamo il problema". Abbiamo ricevuto prima da soli i due giornalisti e poi con il paziente e abbiamo fatto un'intervista esattamente come sto facendo adesso spiegando e dettagliando quelle che erano le nostre motivazioni. Dopo una settimana l'articolo è stato pubblicato e sia la Rai che Mediaset hanno l'abitudine di riprendere il giorno seguente le principali notizie a livello locale. Quindi il mercoledì tipo siamo andati sulla stampa locale, il giovedì mattina ha chiamato Mediaset per dire a mezzogiorno mandiamo per Studio Aperto il servizio da casa del suo cliente se lei è d'accordo. In tutta questa vicenda comunque ci tengo a sottolineare che non sono mai comparso né come documenti né come nome e neanche proprio fisicamente perché io credo che questa possibilità debba essere eventualmente concessa al privato cittadino ma non all'avvocato. Quindi io sono completamente contrario a ogni forma di pubblicità anche se molti avvocati non la pensano come me. Non sono mai andato né in televisione né sono stato indicato dalla stampa locale né quella nazionale perché non ci tenevo a comparire, anche perché non avrei interesse.

I: ma pensa che sia uno strumento utile in realtà... senza questo strumento..

A : no in realtà non lo ritengo utile. Lo ritengo uno strumento alternativo quando la giustizia latita, questo sì. In questo caso mi viene da dire il signor A. ha ragione al 101%. nonostante questo fino a oggi è stato vittima di una grave ingiustizia. Per cui io credo che pubblicare la sua vicenda sulla stampa non sia del tutto sbagliato, questo sì. E non credo neanche avendo letto tutto quello che l'ha riguardato, che ci sia stato anche solo un piccolo connotato denigratorio

nei confronti né del policlinico né di Generali. Lui ha esposto le cose come erano e come sono, ovvero c'è stata una negazione al suo diritto al risarcimento. Io non sono contrario alla denigrazione sulla stampa, però talvolta può essere usato come un mezzo per giungere a una forma di giustizia sì. Non sempre però ha questo tipo di utilità eh... perché magari avrebbero potuto dirci tranquillamente "fateci causa". Oppure avrebbero potuto dirci "per noi è prescritto, vedete voi". E può anche darsi che il signor A. non avrebbe radicato la garza. Quindi si teneva la garza o si teneva il suo male e non veniva risarcito in nessun modo.

I:radicato la causa? Che vuol dire?

A : fatto la causa. Quindi in questo caso mi viene da dire... probabilmente la vicenda avrà un'evoluzione positiva perché insomma se è stato mandato a visita si tratta solo di quantificare quello che è il dato risarcibile..

I:quindi la questione si sta chiudendo?

A : sì

I:e la stampa ha avuto un ruolo abbastanza importante?

A : abbastanza sì, bisogna dire che però noi abbiamo radicato la causa nel frattempo.. quindi l'incisività è stata su due fronti: su quello legale e su quello dei media.

I:lei ha avuto altri casi di malasanità? È stato...

A : he

I:in generale, senza nomi, che le è capitato altre volte?

A : sì, diversi

I:in modo astratti quindi quali sono gli elementi che han contribuito ad aumentare la tensione e a far sì che i pazienti si rivolgessero a lei e quindi a un avvocato in generale?

A : guardi, le casistiche non sono mai uguali... ogni pratica anche se ha caratteristiche simili segue sempre un percorso suo.. difficilmente si trova una causa uguale all'altra o comunque una vicenda di responsabilità medica uguale all'altra. Io ho ancora pendenti per la precisione due altre cause che riguardano sempre strutture sanitarie del modenese... non voglio dire altro... riguardano responsabilità acclerate. Ho un ragazzo di 42 anni che si è rivolto a un pronto soccorso di una struttura qui modenese, una domenica sera. Il pronto soccorso, d'estate, l'ha trattato in malo modo e dopo due ore l'ha dimesso con una diagnosi di cefalea a grappolo e gli ha dato un analgesico. Il giorno dopo questo ragazzo che di professione fa il rappresentante era a Genova, è stato colto da malore, ricoverato presso una struttura a Genova ed è stata riscontrata una trombosi al nervo ottico. Ha perso l'uso di 7/10 dell'occhio e la mobilità all'occhio. Si è rivolto a me, sto ancora aspettando l'esito della perizia che comunque sarà nell'ordine di 20-30% di invalidità totale per far causa a questa struttura.

Questo è una. Un'altra è... una signora. Si è rivolta sempre al pronto soccorso di questa struttura ospedaliera del modenese e... perché alla sera si era fatta male a un dito del piede colpendo contro un piede del divano. e... è andata al pronto soccorso in preda a dolori fortissimi e dopo tre ore un medico del pronto soccorso ha detto: "adesso la curiamo e la teniamo qui in osservazione, magari anche una notte poi vediamo domani mattina come va". Intanto le han dato un analgesico per fermare il dolore, le han messo un ferretto per fermare il dito come per steccarlo e dopo due ore è morta. Quindi stiamo valutando anche se sarà molto difficile di fare un'autopsia, di vedere se effettivamente ci sono delle cause di negligenze, credo di sì, da parte di questa struttura ospedaliera per far poi causa alla struttura.

I: comunque in entrambi i casi i parenti, nel secondo caso, il paziente nel primo, non sono andati prima all'ospedale... c'è un ufficio credo comunque fatto apposta per...

A : loro sono andati in ospedale per far curare queste problematiche...

I: per denunciare quell'errore lì, si sono rivolti subito a lei?

A : sì, in un caso il figlio, il caso della mamma deceduta; nell'altro il professionista che faceva appunto spola tra Modena e Genova si sono rivolti a me dopo qualche giorno dicendo: "io voglio che la struttura ospedaliera ne risponda"

I: e non c'è un altro modo quindi per poter chiedere un risarcimento per un danno commesso da un medico? Cioè in teoria rivolgersi comunque alla struttura ospedaliera e chiedere direttamente a loro: "guardi c'è stato quest'errore", nel caso in cui loro lo riconoscono si può evitare il passaggio alla causa legale o no?

A : sì, in entrambi i casi è stato risposto che la struttura ospedaliera era assicurata, quindi di rivolgersi all'assicurazione. In questo caso l'assicurazione mi ha negato...

I: nel caso di...

A : nell'occhio mi ha negato in radice ogni nesso causale dicendo: "ma noi non potevamo prevederlo, riteniamo che la struttura non sia responsabile". Quindi stiamo aspettando per fargli causa. Nell'altro caso stiamo aspettando l'esito della causa penale per esserci responsabilità, credo di sì, da parte dei medici del pronto soccorso, per agire poi in sede civile. L'assicurazione mi dice quando avrò l'esito della causa penale poi ditemi qualcosa che io vedrò se risarcire.

I: quindi praticamente si arriva a questo estremo di tensione nel momento in cui l'ospedale non ammette, non riconosce un errore.

A : o non lo ammette o non ammette il nesso di causalità tra l'evento e la cura che è stata prestata.

I: nel caso del signor A., se i medici, se il Professore o chi per esso avesse comunicato che si trattava di una garza, la situazione si sarebbe potuta risolvere in una maniera più semplice?

A : in questo caso credo di no, perché l'assicurazione non ha mai messo in dubbio che si trattasse di una garza. Ha semplicemente detto invocando l'articolo 2793-94 che si trattava di un delitto prescritto. Quindi non è neanche entrata nel merito della responsabilità. Negli altri casi mi risulta più difficile anche vista la breve distanza tra la causa prestata e l'evento in questo caso morte o in questo caso, l'altro caso evento danno, non riconoscere la responsabilità. Però la risposta è stata la stessa alla fine: "noi non diciamo niente come policlinico o come struttura sanitaria, rivolgetevi all'assicurazione ci penserà lei". Io credo che una presa di posizione talvolta nelle strutture sanitarie – in senso positivo dico – potrebbe avvantaggiare una soluzione del problema. Dire: "si riconosciamo che ci può essere una responsabilità, comunichiamo subito gli estremi della nostra assicurazione". Invece, spesso, le strutture sanitarie restano molto sul chi va là e dicono passiamo la palla all'assicurazione: poi il liquidatore vedrà se ci sono eccezioni, prescrizioni, nesso di causalità, se ci possono essere "delle connotazioni che possono limitare o escludere completamente il danno".

I: però in alcuni casi può essere effettivamente così, può essere che un paziente per l'onda mediatica o perché comunque ultimamente c'è questo boom di casi, o perché ci si aspetta troppo alla medicina, ricorra poi alle vie legali quando poi un errore effettivo o un nesso di causalità non c'è.

A : guardi, l'errore medico, purtroppo, è insito nella stessa materia, ovvero trattandosi di una materia molto specialistica e tecnica, con rischi molto alti... perché qui si parla della salute che è il bene primario, è sempre esistita. Probabilmente negli ultimi anni c'è una sensibilizzazione maggiore all'aspetto della responsabilità medica e del professionista. Anche noi avvocati siamo stati interessati anche di recente da sentenze molto pesanti che ci obbligano quasi a un risultato nei confronti del cliente. Il cliente nel caso in cui non si riconoscano determinati obbiettivi potrebbero fare causa a noi. Il cliente potrebbe dire: "lei non ha vinto la causa, quindi faccio causa a lei". Quindi in generale si può parlare di un contesto di responsabilità professionale più allargato negli ultimi anni. Questo fa sì che i medici siano sempre in prima linea, perché hanno a che fare col bene primario della vita e insomma anche l'utilizzo dell'informazione a livello di internet, dei media che son sempre più specializzati in determinate materie può influire... anche l'agricoltore in questo caso, senza svilire la professione, si è reso conto leggendo una pagina di giornale o di internet, che si trattava di un

errore medico importante. Quindi ha detto vado dall'avvocato subito per chiedere risarcimento, questo sì.

I: non c'è rischio che si approfitti di questa cosa e quindi molte persone che probabilmente non c'era niente da fare o...

A : in realtà poi deve essere anche responsabilità dell'avvocato dire questa cosa si può fare o questa cosa non si può fare. Perché normalmente il cliente, l'utente finale non ha la sensibilità per dire "faccio causa"

I: però neanche un avvocato ha conoscenze mediche a tal punto di dire "questo è sicuramente un errore"

A : infatti... almeno per quanto mi riguarda, ma parlo a nome di tanti avvocati che si occupano di responsabilità medica, il nostro staff è quasi sempre composto da almeno un medico professionista o da più medici professionisti. Ad esempio nel mio staff alternativamente ho ingegneri, geometri, medici legali o specialisti, un civilista... ho uno staff che se anche lei adesso vede due o tre persone in questo ufficio, è più ampio. Si tratta di ricevere una persona che una determinata problematica particolare, specialistica, dove io trovo uno specialista del campo che valuta insieme a me, mi consiglia dicendo "sì, questo si può fare, le possibilità di far causa e aver ragione sono notevoli, oppure scarse, oppure nulle". Il che poi è il cliente a decidere su una valutazione che è medica e legale. Quasi mai io intraprendo una causa di questo tipo senza l'ausilio di almeno un medico: tant'è vero che in questa causa ho l'ausilio di due medici legali che dicono la stessa cosa. Mi risulta anche difficile che un medico legale di bologna dove è andato oggi il mio assistito venga a fare una valutazione diversa da quella dei due miei medici di fiducia, ecco. Io sono in questo caso, quando ci sono dei supporti medicolegali importanti, questi sono professionisti che fan questo da diversi anni, è difficile poi sbagliare completamente. Il solco è tracciato, il binario è abbastanza netto ecco, limpido da seguire.

I: ehm, ritornando agli attori in gioco... oltre al Professore c'era anche il dottor.. due dottori...

A : al primo a operare

I: con lui però non ci son stati rapporti di nessun tipo..

A : no, io mi aspettavo una sua risposta come è capitato in passato per altre vicende... una risposta del professore che dicesse si rivolta a una struttura sanitaria di cui faccio parte che provvederà a indicarle l'assicurazione che è titolare della causa. Stessa cosa è stata fatta dal policlinico così del capo dipartimento da allora io non ho più...

I: invece con quelli che han trovato la garza? Con loro nessun tipo di relazione?

A : no, mai nessuna... volevo farle vedere, ma non l'ho trovata, una comunicazione che per certi versi forse non è importante ma per me lo è perché poi l'ho fatta vedere anche a...al dottor M., l'ho fatta presente.. guardi ma io ho scritto anche di recente, dicendo: "ma mi auguro che siano emerse novità nella trattazione della vicenda perché il mio assistito ha intenzione di agire giudizialmente alla luce di quello che mi era stato detto a voce dai rappresentanti immagino del policlinico". Però a quella lettera non ho mai avuto riscontro. (Consulta carte) Stavo guardando.... fino all'ultimo prima di rivolgerci ai media, abbiamo cercato anche...

I:non c'è stata proprio...?

A : no, no. Non la trovo...

I:però questo M. è stato disponibile no? È stato l'unico...

A : il professor M. mi ha prima chiamato, poi mandato due diverse mail dicendomi: "avvocato è tutto a posto, nel senso che io ho convinto l'assicurazione Generali a procedere col risarcimento, quindi nei prossimi giorni avrà la comunicazione da parte di Generali che manderà una visita al suo assistito." e me l'ha anticipato. Quindi ho saputo prima dal policlinico che da Generali che la mia richiesta era stata accolta.

I:questo dopo la stampa però.

A : sì, dopo.

I:prima della stampa è sempre stato disponibile quindi?

A : prima della stampa non lo conoscevo.

I:ahhh, ok. E con chi ha parlato prima dell'intervento della stampa? Con nessuno?

A : no, lo so... ma preferisco non...

I:rimane proprio...?

A : sì, preferisco perché...

I:che figura era? Un altro medico dell'ufficio legale?

A : sì. Un medico dell'ufficio legale del policlinico che mi ha detto: "noi abbiamo indicazione di procedere al pagamento. Però se l'assicurazione non..."

I:comunque è stato disponibile anche in quel caso?

A : sul piano informale ecco. Però una risposta per iscritto. Gli ho detto mandatemi una risposta per iscritto così che possa forzare la Generali assicurazioni. Quindi dopo quella... quindi 16/6/2009, arriva questa, guardi anche come l'ha scritta... secondo me l'ha scritta col male alla pancia perché ci sono dei trattini tra una parola e l'altra perché fan trapelare un certo nervosismo.

I:(legge la lettera consegnata)

A : sì, agli antitesi... sostanzialmente

I:la prima persona dell'ufficio legale non ha voluto lasciare una documentazione scritta, diciamo, era solo una cosa in via informale...

A : sì, sì. Potrei dire che è la persona del dottor Beluschi ma non è lui... che ben conosco è il direttore sanitario... ma non è lui. È una persona che è all'interno dell'area legale che mi ha detto: "noi abbiamo fatto in modo che Generali comprendesse la responsabilità." però Generali si trincerava dietro la prescrizione.

I:sì, comunque da questo quadro non mi sembra si siano comportati in modo così...

A : c'è stato un silenzio da parte del policlinico, un silenzio assordante. Ricordo che il policlinico riconoscendo la responsabilità avrebbe potuto pagare in proprio, con propri soldi e poi rivolgersi a generali per la rivalsa. Questo non è accaduto eh. Il dottor M. mi ha detto: "avvocato, adesso che ho fatto questo polverone se non pagano le Generali, pago io, paghiamo noi. Devo chiedere al ministero delle Finanze un'autorizzazione speciale." "bene, ma perché siamo arrivati a questo? Il mio assistito era disperato, ha deciso di rivolgersi ai media"

I:ma che cosa potevano fare quelli del policlinico? Non potevano costringere generali a pagare

A : avrebbero potuto pagare loro.

I:ah, sì. Ok.

A : ma io lavoro molto per le assicurazioni e comprendo che Generali abbia voluto far sudare il policlinico perché non è più l'assicurazione del policlinico. Comprendo eh, questa...

I:ah, ok. Quindi non mi dice con chi ha parlato prima della stampa?

A : no. no. È una persona che...

I:comunque resterebbe veramente dentro... al limite potrei andarci a parlare personalmente...

A : ho il voto del silenzio. È una persona che mi ha detto che quella era una garza.

I:non era un medico normale... era proprio responsabile... perché c'era stato un medico che ha detto..

A : è un medico specialistico

I:si ma dell'ufficio legale?

A : no no del policlinico.

I:ah, allora... gli indovinelli...

A : no, mi spiace..

I:Il primo chirurgo (Int. 12)?

A : no, devo mantenere la riservatezza perché mi... mi è stato imposto ecco.

I:ah, sì ok.

A : Per quello, non per altro.

I: no, cioè era solo per capire se quegli degli uffici proprio di... deputati a queste controversie se si erano... in qualche modo, si erano dimostrati comunque disponibili.

A : ufficialmente nessuno se non dopo esser stato provocato

I: cioè praticamente prima della stampa c'era il silenzio

A : esatto

I: ok, va bene

A : quindi... siccome comunque il signor A. si era rivolto di nuovo al centro per fare nuove visite specialistiche, il policlinico sapeva che la pratica era in evoluzione e quindi si sarebbe associata con una causa... per questo mi ha fatto anche un po' pensare di rivolgermi alla stampa, perché comunque ci hanno dormito sopra, il policlinico ci ha dormito sopra... me l'ha confermato anche il dottor M.: "avvocato, abbiamo molte pratiche, questa ci è sfuggita". Ho capito, però devo seguire l'interesse del mio cliente. Fa: "smetta tutto, chiuda tutto con la stampa e vedrà che sistemiamo". Gli ho detto: "guardi è in moto una macchina che in questo momento io non posso fermare. È stata una reazione a catena, stampa modenese, stampa nazionale e televisione che io faccio fatica. Chiaro che se il cliente mi dice posso andare in televisione, dico no. Però quello che è in moto non lo posso fermare". Tant'è vero che poi fu intervistato da Magalli dopo A. anche il direttore sanitario del policlinico, era anche abbastanza arrabbiato, dicendo "Stiamo comunque facendo pressione sull'assicurazione perché ci sollevi, ci mallevi dal pagamento del danno". Tant'è vero che anche sulla stampa uscì il fatto, si aspettiamo le perizie legali e poi paghiamo. Non volevano mandarlo a visita, non vedo come potevano avere le perizie medicolegali loro.

I: infatti, questo passaggio mi sfugge.

A : eh, tiriamo fuori di nuovo...

I: era l'articolo che mi aveva fatto vedere...

A : nell'articolo c'è scritto aspettiamo le perizie medicolegali

I: però devono ancora fissare l'appuntamento...

A : no! Non me lo fissavano! C'era da un bel po' da aspettare delle visite medicolegali! Non mi volete mandare in visita! C'è poco da... "Attendiamo la perizia prima di risarcire". Però a questo giorno, quindi il 14 Febbraio 2011...

I: ...che non era stata ancora fissata nessuna visita...

A: tant'è vero che questa le avevo fatto vedere dal dottor Ascoli... guardi è il 1° Marzo... quindi recentissimo... "vuole andare a visita? La mandiamo a visita" però qui mi dicono "aspettiamo

la perizia"... nonostante loro non mi visitavano... c'è stata sicuramente una problematica importante tra generali e policlinico che fortunatamente è stata vinta dal policlinico.

INTERVISTA NUMERO 14

INTERVISTATRICE: allora, questa intervista si basa sul racconto dell'evento. Nominando, appunto, gli attori in gioco. Quindi dal suo punto di vista, chi ha detto e che cosa e appunto che cosa è successo. Quindi come è andata la vicenda comunicativa soprattutto.

Allora, ehm.. da noi è arrivato questo signore di anni credo 45-50 al momento... con una diagnosi radiologica di una neoformazione epatica ehm al fegato naturalmente... compatibile dai criteri radiologici con cisti parassitica da echinococco. Noi sapevamo dall'anamnesi che avevamo raccolto che il paziente era stato operato circa 10 anni prima da un'altra équipe operatoria di questo policlinico. Le cisti di echinococco hanno come caratteristica della loro storia quella di recidivare, quindi la nostra diagnosi era molto semplice, eravamo anche molto convinti di quello che avremmo trovato. L'intervento è stato fatto dal dottor x e dal Professore una sezione epatica per una sospetta cisti di echinococco. Il paziente è andato bene, ed è stato dimesso normalmente. Circa 15 giorni dopo l'intervento il referto istologico... è stato un referto istologico in cui c'era scritto che all'interno di questa cisti non c'era presente del materiale compatibile con la natura parassitaria della cisti ma del materiale birifrangente, insomma una dizione tecnica però abbastanza chiare per dire che era un materiale estraneo quindi non materiale biologico. Quindi nell'idea c'era anche la possibilità di una garza... Al paziente è stato consegnato, non credo da me, credo probabilmente dal professore, non ricordo.. un... referto istologico e il paziente ha capito che non era un... probabilmente era del materiale estraneo lasciato da un precedente intervento ed era verosimilmente una garza...

Il paziente ha capito? Non glielo avete detto voi?

Noi gli abbiamo detto che era materiale estraneo.. era da verificare...probabilmente quando lui è venuto.. l'ho visitato io in laboratorio la seconda volta.. e quindi aveva già ricevuto l'istologia... lui si era documentato, aveva un cugino medico, quindi aveva capito benissimo il problema.. quando me l'ha chiesto, gli ho detto "si è compatibile con un materiale estraneo, verosimilmente poteva essere riconducibile a una garza, a una pezza".. lui era molto preoccupato, soprattutto dispiaciuto di aver subito un intervento per una colpa medica e che avrebbe intrapreso le giuste vie legali.. e io assolutamente ho detto "certamente lei ha le sue buone motivazioni, le deve far valere in ambito giuridico, medico e assicurativo"

Ok, dopo che le ha detto questa cosa, lei non si è rivolto a nessuno? Non ha detto niente ai suoi superiori?

I miei superiori credo sapessero benissimo che il paziente era informato della... natura di questo materiale birifrangente.. d'altronde c'era un elemento oggettivabile che era il referto istologico

Sì però il discorso di intraprendere vie legali...

Sinceramente a me non interessava.. la rivalsa è contro l'azienda, no? Eravamo stati noi a prendere in quel momento il paziente.. il paziente era venuto con una lesione sintomatica del fegato e quindi la nostra azione è stata assolutamente fatta secondo scienza e coscienza e quindi giusta.

Ok. Però c'è un altro modo oltre le vie legali. Penso che l'azienda stessa possa intervenire dicendo: "ti risarcisco il danno che hai subito"

Non lo so.. se c'era questa possibilità

Nei casi come questi, secondo lei come dovrebbe essere la comunicazione più corretta per evitare che si arrivi a un boom mediatico perché, non so se lo sa, ma è andato anche sulla stampa

Sì sì sì, l'ho letto ultimamente un articolo del genere. Purtroppo io credo che debba essere chiaro da parte del paziente che l'errore umano, purtroppo, può essere sempre presente in questo lavoro... questo naturalmente è un errore umano in qualche modo in medicina moderna non deve accadere. Non c'è più una colpa.. cioè non c'è più, come posso dire... si trasforma da un atto... diciamo di dimenticanza, comunque un atto banale, in una colpa severa per il medico.. quindi in qualche modo uno non può star sempre a giustificare più di tanto. Credo sia compito del medico informare di quello che è successo, parlare col paziente e poi spiegare al paziente che si fa di tutto per essere sicuri che il conteggio delle garze e degli strumenti chirurgici alla fine dell'intervento sia come diciamo noi "in pari".. vuol dire il numero delle garze e dei ferri deve tornare, deve essere corrispondente a quelli all'inizio dell'intervento... quindi lo sbaglio in qualche modo è limitato da un'attenzione di un'equipe, che è un'equipe medica e infermieristica.. poi se lo sbaglio avviene..

Se lo sbaglio avviene?

Se lo sbaglio avviene sarà colpa dell'azienda o del medico pagare per lo sbaglio che è avvenuto..

Sì, però prima di pagare lo sbaglio che è avvenuto.. qual è il passaggio? Cioè se dovesse capitare a lei cosa farebbe?

Ehm... sicuramente mi informerei... cercherei di prendere in considerazione o comunque raccogliere più elementi possibili riguardanti l'intervento, quello che è accaduto, se quel giorno il medico e gli strumentisti, gli infermieri di sala avevano delle condizioni per cui potessero essere stanchi o disattenti... faccio questo esempio: il terzo intervento della giornata, l'intervento fatto a fine seduta, cioè l'intervento della sera... oppure questo medico, quest'equipe è stata sollecitata, caricata di lavoro eccessivo... questa potrebbe essere un'altra, secondo me, non colpa del medico, ma lo sbaglio avviene proporzionalmente all'eccesso di lavoro che viene richiesto all'equipe.. e questo è stato dimostrato ampiamente in letteratura scientifica, cioè lo sbaglio può avvenire per tre motivi: disattenzione, quindi colpa gravissima; iper lavoro; oppure frustrazione e difficoltà più variabili, ecco.

Andando oltre alla letteratura scientifica e mettendoci un po' nella quotidianità di un paziente che non sa niente, cioè comunque non è un medico, conosce.. può avere un livello culturale più o meno alto... cioè come ci si rapporta? Perché lei mi ha detto che si informa su come è andato tutto l'evento, in realtà è il paziente che poi andrà dall'avvocato e farà causa... quindi è lui il nodo della questione, più che forse la letteratura scientifica.

No, la questione è il medico o il paziente? Non ho capito.. è il paziente dice? Mah, il paziente secondo me emotivamente è il primo movens emotivo, posso dire, rispetto a quell'evento è quello... la rabbia... dopo cerca di capire come sono andate le cose e a mente fredda cerca una rivalsea nei confronti dello sbaglio in qualche modo... naturalmente qui stiamo parlando di un paziente che rischiava la vita rispetto a quello fatto nell'intervento... questo fatto su un fegato già operato è un intervento tecnicamente molto difficile... che su un fegato in qualche modo anatomicamente normale come uno esce quando è nato.. paziente che ha delle aderenze e poi naturalmente un corpo estraneo dà origine a una reazione fibrosa molto imponente e quindi altera le strutture anatomiche vascolari del fegato e quindi ecco perché in qualche modo era un intervento a rischio questo secondo intervento... uno sbaglio grave... quindi nella medicina moderna, che è già moderna, lasciare dentro la pancia del paziente una garza, purtroppo sono cose che accadono, ma sono cose gravi... si configura come una colpa...

Sì.

Io quello che posso consigliare al paziente... posso spiegare come possono avvenire questi errori... può spiegare di che entità è l'errore, ma non posso minimizzare il problema o coprire un altro assolutamente medico, un'altra equipe..

Ehm, in una.. crisi ipotetica... generica, lasciando perdere il caso specifico..

In una crisi? Di che tipo?

Crisi... nel senso di momento critico a seguito di un evento avverso e quindi di un errore, di un evento imprevisto... quali sono secondo lei gli elementi che riescono ad abbassare la tensione sia all'interno dell'equipe medica e del paziente, e quelli che invece alzano la tensione, creano ancora più problemi...

Secondo me, quelli che possono in qualche modo ridurre la tensione sono discussione aperta di come è andato l'evento e la ricerca sistematica della... degli sbagli che sono avvenuti... due sono non colpevolizzare la persona che ha sbagliato, perché lo sbaglio, lo dicevo prima, può essere veramente, può accadere a tutti quanti... nessuno siamo esenti dagli errori, dai più grandi, dai vertici dai dirigenti agli specializzandi essendo qui in un ambiente universitario... se ne deve parlare, se ne deve discutere e deve essere naturalmente motivo per evitare e per in qualche modo prevenire... diciamo un nuovo errore di questo tipo... quindi ecco, non drammatizzare, capire, analizzare le cause e ridistribuire le colpe.

Ok, quelli che invece aumentano la tensione?

Esattamente l'opposto. Cercare di trovare la colpa come evento di un singolo ma non come una catena di eventi.

Ok. Vi è mai capitato un caso...

Cioè che noi fossimo colpevole di questa...? ma che io ricordi no...

Non ha altri... da raccontarmi a parte questo, senza fare nomi?

Sinceramente di errori ne capitano tutti i giorni, più o meno gravi. Errori gravi come questo possono accadere, possono accadere errori tecnici durante l'intervento, durante che si manifestano dopo l'intervento, che possono essere più o meno... possono essere più o meno riconosciuti o più o meno gravi... purtroppo chi certamente è colpevole in qualche modo dell'evento avverso, psicologicamente si sente sicuramente abbattuto, triste, frustrato... le altre persone, l'intelligenza del gruppo sta nel non... ecco nel non incolpare singolarmente la persona, ma cercare di spiegare... quali possono essere invece i mezzi tecnici scientifici per prevenirlo e non ripeterlo più... tante cose accadono a tutti quanti, e nel nostro campo... eh... più si è piccoli probabilmente più si è in formazione, più ci si sente colpevoli all'inizio. Magari a una certa età, vedendo che un po' tutti quanti hanno fatto degli errori, uno prende un po' più di filosofia, di calma... certamente sempre nell'interesse del paziente, e lì dove è l'errore, una partecipazione emotiva nei confronti del paziente che soffre credo che sia inevitabile.

lo comunicherebbe lei direttamente? Al paziente?

L'errore? Sì sì, certo. Dire che sono io la causa dell'errore è più difficile, però in qualche modo dire al paziente "c'è stato quest'errore", "possiamo fare questa terapia per migliorarlo" oppure "dobbiamo tornare in sala operatoria per sistemare questo evento...", sì, la

comunicazione è essenziale, perché se no non... c'è un rapporto di fiducia tra medico e paziente che non può mai mancare, se no non si fiderebbe mai il paziente delle scelte...

Ecco, a proposito della fiducia... dal punto di vista mediatico, la malasanità è abbastanza in auge... vede.. secondo lei c'è troppa fiducia, anzi è diminuita la fiducia nella classe medica o forse ci sono aspettative troppo alte, quindi una cosa...

Ehm... secondo me un po' tutte e due, nel senso che il paziente in qualche modo è di fronte alla.. ad alcune malattie.. vuole sicuramente un risultato massimo che in questo caso corrisponde alla salute. Purtroppo la cura della malattia non è sinonimo di ripristino della salute, ma cronicizzazione spesso della malattia o prolungamento della vita... soprattutto nei nostri casi di chirurgia... questo dicevo è una delle cause per cui i cittadini perdono la fiducia nella sanità, l'altro è dall'altro, secondo me, c'è ancora troppa superficialità in preparazione... ehm... superficialità in alcuni medici, non sono attenti nel mantenersi aggiornati e informati di come possono muovere le medicine.. la medicina moderna ecco, quindi... c'è anche la colpa dei medici secondo me qualche volta... nei casi di malasanità purtroppo che sentiamo al telegiornale sicuramente sono una punta di un iceberg di colpe più o meno gravi che avvengono quotidianamente all'interno di un'unità operativa o di un ospedale

Quindi secondo lei la formazione dei medici è...

Essenziale

Sì, ma è carente?

No, non è che è carente, forse alcuni... le possibilità di rimanere informati ci sono costantemente adesso... corsi.. anzi l'introduzione di crediti della formazione medio-continua è un passo molto importante, ecco nel mantenere l'aggiornamento... credo che sia essenziale

Dal punto di vista mediatico, i casi di cui abbiamo parlato prima sono.. veramente tutti casi di errore medico o in alcuni casi è il paziente che lo interpreta così? Cioè può esserci una...

No, alcuni casi sono sicuramente esagerati e comunque male interpretati dal paziente e anche un po' montati dai giornali...

Quindi i giornalisti hanno una responsabilità?

Sì, in alcuni casi sì.

E invece il ruolo dell'equipe medica per evitare che si finisca sulla stampa quale può essere?

L'equipe medica dev'essere molto unita, dev'essere un'organizzazione trasversale di competenze e di affinità e di professionalità... trasversale vuol dire dove c'è una gerarchia... c'è, ci dev'essere la gerarchia del direttore, del primario... che in qualche modo deve coordinare

questa squadra, ma la squadra dev'essere unita e trasversale nelle competenze. Allora lì si riesce veramente a in qualche modo evitare l'errore. Dove c'è una gerarchia molto spinta in qualche modo l'errore viene scaricato sul più piccolo, me ne sono accorto negli anni.

Ritornando al caso di... del paziente della garza. Secondo lei perché si è reso necessario per lui ricorrere alla stampa? Alla fine era un evento abbastanza chiaro, si poteva chiudere...

Perché lui.. no perché purtroppo c'è stato un... credo un... il paziente non è stato visitato dall'ospedale è stata sollevata un'eccezione di tipo tecnico da parte dell'assicurazione nei confronti del medico e del paziente quindi il paziente giustamente si è visto negato un risarcimento che secondo me invece gli spettava. Però almeno quell'articolo che ho letto sul Resto del Carlino...

È stata l'azienda a rifiutare...?

È stata l'assicurazione dell'azienda, credo... adesso poi su questa parte così io non sono appassionato né di cronaca né di... gossip....

In realtà... no va be' a parte il gossip...

Il gossip mediatico.. questa può essere una forma di gossip...

Sì, sì, no sicuramente però è per capire come ha fatto ad arrivare fino a quel punto, quando alla fine poteva essere un attimino contenuta la cosa...

Credo sia stato esasperato, come sempre accade, dalla burocrazia che segue tutti questi eventi.. cioè lui aveva ragione, ha ragione da venderne, è stato sottoposto a intervento inutile... rischioso e non è stato in qualche modo risarcito... di fronte all'ingiustizia, credo che uno possa anche alzare la voce e utilizzare i media in questo caso per...

Quindi secondo lei è un atteggiamento corretto attrarre i media?

Assolutamente sì. Se uno ha ragione da vendere sì.

Cioè, vie più tranquille non..?

Non ce ne sono... questa è una società che purtroppo è abituata all'alzare la voce, altrimenti non...

E secondo lei son stati fatti degli errori dal Professore e... non mi ricordo

Secondo me no perché il paziente ha secondo me capito subito qual era la situazione.. io adesso non so cosa il professore abbia detto...

Ah lei non sa cosa è stato comunicato?

No, no, non c'è stata una visita collettiva da parte nostra con il paziente

Ehm... praticamente...

Noi ne abbiamo discusso e sapevamo... sicuramente

C'è stata la lettura del referto...

Si certo è una pratica che noi facciamo quotidianamente

Ehm... ok, quindi, lei non sa dirmi se possano esserci stati errori di comunicazione...

No, no secondo me no... non lo so voglio dire, scusi, non ne ho idea...

Ok. Ok, basta.

10. Bibliografia

1. **Leape LL.** Error in medicine. *JAMA*. 1994;272:1851–1857.
2. **Reason JT.** Understanding adverse events: human factors. *Clinical risk management*. London: BMJ; 1995. pp. 31–54.
3. **Vincent CA, Bark P.** Accident analysis. *Clinical risk management*. London: BMJ; 1995. pp. 391–410.
4. **Stanhope N, Vincent CA, Taylor-Adams S, O'Connor A, Beard R.** Applying human factors methods to clinical risk management in obstetrics. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104:1225–1232.
5. **Vincent CA, Adams S, Stanhope N.** A framework for the analysis of risk and safety in medicine. *BMJ*. 1998;316:1154–1157.
6. **Taylor-Adams SE, Vincent C, Stanhope N.** Applying human factors methods to the investigation and analysis of clinical adverse events. *Safety Science*. 1999;31:143–159.
7. **Vincent C, Stanhope N, Taylor-Adams S.** Developing a systematic method of analysing serious incidents in mental health. *J Mental Health*. 2000;9:89–103.
8. **Vincent CA, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett DJ, Prior S, Strange P, et al.** A protocol for the investigation and analysis of clinical incidents. University College London/Association of Litigation and Risk Management. 1999.
9. **Reason JT.** *Human error*. Cambridge University Press. 1990.
10. **Cooper JB, Newbower RS, Kitz RJ.** An analysis of major errors and equipment failures in anaesthesia management considerations for prevention and detection. *Anaesthesiology*. 1984;60:34–42.
11. **Eagle CJ, Davies JM, Reason JT.** Accident analysis of large scale technological disasters: applied to anaesthetic complications. *Can J Anaesth*. 1992;39:118–122.
12. **Cook RI, Woods DD.** Operating at the sharp end: the complexity of human error. In: Bognor MS, editor. *Human error in medicine*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1994.
13. **Lord Cullen** The public inquiry into the Piper Alpha disaster. London: HMSO; 1990.
14. **Hughes H.** The offshore industry's response to Lord Cullen's recommendations. *Petroleum Rev* 1991
15. **Ferrow M.** Offshore safety—formal safety assessments. *Petroleum Rev* 1991
16. **Cantor MD** *Telling patients the truth: a systems approach to disclosing adverse events* *BMJ Qual Saf Health Care* 11:7-8. 2002.

17. [Amalberti R](#), [Brami J](#) Tempos' management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety *BMJ Qual Saf Care*
18. **Isha Patel and Balkrishnan R.** Medication Error Management around the Globe: An Overview *Indian J Pharm Sci.* 2010 Sep-Oct; 72(5): 539–545.
19. **Emanuel E,J., Emanuel L.L.,** Four models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA* 1992,267,2221
20. **NHS National Patient Safety Agency.** Communicating patient safety incidents with patients and their carers - Safer practice notice. <http://www.npsa.nhs.uk>.
21. **Veneziani S,** La Guida del Sole 24 Ore. Le regole e gli strumenti per comunicare con i media, settembre 2009.
22. **Iapino A.** La crisi, strumenti e attività degli uffici stampa, S. Cristaldi, a.a. 2006/2007.
23. **Ministero della Salute,** D.G. Comunicazione e Relazioni Istituzionali, Ufficio V. Comunicazione sul rischio di emergenza e di crisi, estratto da "Crisis emergency risk communication" (CDC), settembre 2002.
24. **Rolando S. (a cura di).** Teorie e tecniche della comunicazione pubblica, RCS Libri, Milano, 2003.
25. **Corbetta P.** La ricerca sociale: metodologie e tecniche. Vol. 3: Le tecniche qualitative. Bologna Il Mulino. 2003.