

La mala qualità attestata o certificata

di Ignazio Portelli

Sommario. 1. La questione generale. 2. Un caso infido. 3. Tutelare il diritto dei cittadini ad informazioni corrette.

1. La questione generale

In un'epoca così tanto segnata dal bisogno di informazioni affidabili, un ambito che ingenera gravi equivoci e conseguenze negative è quello delle certificazioni o delle attestazioni, inesatte o false, di qualità o di eccellenza. Si tratta di un ambito in cui si costituisce una base importante del rapporto di fiducia tra il cittadino con la sua sfera privata (e le sue esperienze quotidiane) e la sfera pubblica. Un ambito che costituisce una forma non secondaria delle tutele a garanzia dei diritti del cittadino/consumatore/utente.

E' tuttavia frequente notare lo scollamento tra pronunciamenti e realtà nell'attestare o certificare qualità; nel nostro Paese non si presta la necessaria e dovuta attenzione all'esistenza od al permanere nel tempo di effettive qualità od eccellenze.

Può per esempio succedere al passeggero che stia per imbarcarsi sul volo AZ1794 Palermo – Roma del 7 aprile 2010. All'ingresso dell'aeromobile si nota un grande adesivo, che assicura la qualità del servizio e dell'organizzazione da parte dell'organismo TÜV. Viene proprio da sorridere al passeggero, che conosce le vicende della compagnia di bandiera o che, più semplicemente, prendendo posto nota il nastro adesivo argentato al posto dell'imbottitura dei braccioli e taluni precari rivestimenti interni. E, dunque, percepisce come dissonante quell'informazione di qualità, se mai veritiera in passato, con la realtà che esperisce. Un'informazione certo superata che apparteneva ad altra società e che non vi era stato il buon senso e la lealtà di rimuovere.

2. Un caso infido

Uno di questi casi è sicuramente quello della *Carta della qualità della chirurgia*¹, promossa e gestita dalla associazione Cittadinanzattiva/Tribunale del malato e finanziata dalla società Johnson & Johnson Medical. Ad essa possono aderire reparti ospedalieri con l'impegno di praticare e di attenersi a moderne procedure sanitarie. Di solito, l'adesione consente di aumentare le retribuzioni del personale sanitario e crea vari tipi di interessi e di collaborazioni con l'associazione promotrice e lo sponsor.

Questa *Carta* è, poi, collegata alla *Carta europea dei diritti del malato* e alla *Carta dei diritti sul Dolore inutile*². Ne deriva un complesso di principi ed impegni, una vera e propria rete di

¹ Il testo è disponibile sul sito www.cittadinanzattiva.it/carta-dei-diritti-salute.

² Anche questi testi sono disponibili sul sito www.cittadinanzattiva.it/carta-dei-diritti-salute.

garanzie e di impegni professionali, attinenti all'uso delle migliori tecniche ospedaliere e chirurgiche, nonché al rispetto del malato e all'impiego della più aggiornata profilassi antisepsi.

Peraltro, l'intera materia è in primo luogo presidiata dal complesso di disposizioni e di organismi del Ministero della salute³, un insieme di protocolli che, se interiorizzati, dovrebbero assicurare ed ispirare fiducia e soddisfazione.

Sicché, le attività e le prescrizioni di Cittadinanzattiva/Tribunale del malato sono aggiuntive rispetto a quelle ordinarie e dovrebbero costituire il rafforzamento della qualità per una maggiore garanzia tesa all'eccellenza.

Su questa base non dovrebbe accadere che reparti aderenti alla *Carta* abbiano deficit strutturali incompatibili con la stessa ad iniziare dalla sterilizzazione della sala operatoria⁴, dalle procedure antisepsi, dall'assenza di adeguata copertura farmaceutica, dalle incomplete od omissive redazioni delle cartelle cliniche, dalle medicazioni in corsia di profonde ferite non suturate senza guanti e senza mascherina (neanche nelle zone di guerra ciò accade!), in dispregio dell'impegno di utilizzare le migliori conoscenze e di evitare inutili dolori, anche questi asseriti dalla *Carta* ma già richiesti dalle Autorità sanitarie nazionali⁵ e dalle regole di esercizio delle professioni sanitarie.

Invece accade. Accade per esempio al Reparto di chirurgia generale e di urgenza dell'Ospedale Santo Spirito di Roma⁶, luogo di cura di qualità attestato dalla *Carta*, ma più noto con il triste appellativo di *Reparto di chirurgia infettiva ed afflittiva*, nonostante la Regione Lazio presidi la materia con il Centro regionale infezioni associate pratiche assistenziali (CRIPA – Lazio), presso l'Istituto nazionale malattie infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma, ed elabori indicazioni all'avanguardia⁷.

Non dovrebbe accadere, ma accade e quindi si dovrebbe saper porre rimedio. Peraltro è assolutamente inutile segnalare le strutturali e gravi carenze medico-chirurgiche a Cittadinanzattiva/Tribunale del malato, che nella sua qualità di associazione promotrice della *Carta della qualità della chirurgia* dovrebbe avere come fine primario anche quello di scongiurare o di mantenere accreditamenti errati. Invece, a fronte di segnalazioni di grave mal funzionamento riesce a produrre solo risposte formali e generiche (gireremo la segnalazione...) o automatiche (grazie per averci scritto...), dunque comportamenti omertosi, silenzio e nessuna iniziativa diretta alla salvaguardia della salute del cittadino. Ciò costituisce, a mio avviso, un profondo intorpidimento della missione associativa, che, pure, propaganda di fornire all'opinione pubblica, agli studiosi e

³ Per esempio, in materia di valutazione delle *performances*, di tenuta della sala operatoria, di procedure per evitare le infezioni ospedaliere e chirurgiche, di appropriatezza delle prestazioni, di uso della terapia antibiotica, di efficienza e qualità clinica.

⁴ Esisterebbe l'obbligo di osservare la *check list* del programma *Safe surgery saves lives* dell'Organizzazione mondiale della sanità, adottata ed adattata al contesto nazionale dal Ministero della salute.

⁵ L. Asnaghi, *Lottizzati e approssimativi, questo il male da sradicare*, in *la Repubblica*, 7 gennaio 2010, p. 3.

⁶ In particolare, in toto o in parte, la violazione dei punti 4 (accoglienza), 12 (ascolto del paziente), 17 (procedure pre-operatorie), 19 (riservatezza), 20 (assenza del medico di riferimento e del tutor parasanitario), 22 (esecuzione di protocolli e procedure per la prevenzione del rischio clinico), 33 (anestesia e terapia del dolore) e 48 (tecnica chirurgica e cure innovative) della *Carta della qualità in chirurgia* e, parallelamente, delle analoghe indicazioni del Servizio sanitario nazionale.

⁷ Cfr., L. E. Ruscitti ed altri, *Profilassi antibiotica perioperatoria nella chirurgia del Lazio*, comunicazione al IX Congresso nazionale della Società italiana di malattie infettive e tropicali – SIMIT, Roma, 24 – 27 novembre 2010, sessione mattutina del 26 novembre 2010.

alle istituzioni indicazioni sulle difficoltà, vischiosità ed opacità derivanti (*sic!*) dalla “cattiva amministrazione”⁸.

Ciò è una forma, meno conosciuta ma non meno insidiosa, di malasana, che mi sembra sfuggire alla vulgata giornalistica⁹, alla letteratura scientifica¹⁰, alla Commissione parlamentare¹¹ di inchiesta del Servizio sanitario nazionale (Senato della Repubblica) e alla Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali (Camera dei deputati)¹².

3. Tutelare il diritto dei cittadini ad informazioni corrette

Limitando l'osservazione al solo settore sanitario, quanti sono i casi di *mala* qualità attestata o certificata e quante sono le strutture ospedaliere nella stessa condizione dell'Ospedale Santo Spirito di Roma? O, per essere ancora più esplicito, quante altre strutture sanitarie si pregiano di qualifiche ed attestazioni di qualità e di eccellenza, rilasciate da vari organismi, nei fatti non corrispondenti al vero?

Certo una maggiore serietà e trasparenza gioverebbe in generale molto ai cittadini¹³ soprattutto in campi sensibili, peraltro costituzionalmente tutelati, e in momenti particolarmente fragili della loro esistenza, quando, come accade, possono essere tratti in inganno e travolti dalle sorprese e dalle beffe¹⁴.

Vi deve essere una specifica attenzione alle regole di accreditamento e di selezione ed anche a quelle della affidabilità dei soggetti che pretendono di realizzare attività influenti sull'orientamento dei cittadini.

A mio avviso, per contrastare la *mala* qualità attestata o certificata i poteri pubblici dovrebbero preoccuparsi di intervenire e di adottare cautele¹⁵, altrove è un tema prioritario dell'azione dei Governi.

⁸ Cura, tra l'altro, il report su *I cittadini e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche*, per conto del Dipartimento della funzione pubblica.

⁹ Cfr., tra gli altri, B. Stancanelli, *Grazie dottore*, in *Panorama*, 14 ottobre 2010, pp. 80 - 88; D. Natali, *Check list in sala operatoria ora è (quasi) obbligatoria*, in *Corriere della sera*, 14 febbraio 2010, p. 61; G. D'Amico, *Dottore e IMPUTATO*, in *L'Espresso*, 25 marzo 2010, pp. 55 - 56 (ora anche in G. D'Amico - Massimo F. Dotto, *La salute in tasca. Guida pratica per difendere la salute*, Mursia, 2010); M. G. Faiella - D. Natali, *Tra medico e paziente adesso arriva un "mediatore"*, in *Corriere della sera*, 6 dicembre 2009, p. 57.

¹⁰ O para scientifica, U. Veronesi individua cinque fattori a cui dover rimediare: il tradimento della prevenzione; l'assenza del tempo pieno medico; l'assenza di indipendenza e di autonomia della classe medica; lo spirito etico dell'ospedale; il tradimento degli ospedali moderni (*Sanità modello qualità*, in *L'Espresso*, 7 gennaio 2010, pp. 70-71). V., anche, I. Marino, *Nelle tue mani*, Einaudi, 2009, pp. 157 - 212.

¹¹ Cfr. I. Marino, *Via la politica dalla medicina*, in *L'Espresso*, 7 gennaio 2010, pp. 104-105.

¹² Le iniziative parlamentari, anche di maggiore innovazione, sono legate ad ipotesi di novella o riforma di aspetti importanti, ma, tuttavia, ampiamente noti. Cfr., ad esempio, il disegno di legge I. Marino, A. M. Finocchiaro ed altri, recante “Disposizioni in materia di sicurezza e qualità dell'assistenza sanitaria”, A. S. n. 1954. Penso che la riforma della sanità non può essere considerata solo una questione di costi e di politiche finanziarie (F. Longo - S. Tasselli, *Per la sanità è tempo di scelte strategiche*, in www.lavoce.info, 2 febbraio 2010).

¹³ B. R. Barber, *Consumatori*, Einaudi, 2010.

¹⁴ M. Bocci, *Diagnosi errate e infezioni in corsia, boom di denunce, trentamila l'anno*, in *la Repubblica*, 7 gennaio 2010, p. 3, e A. Custodero, *Sporcizia e batteri killer, l'ospedale è diventato un pericolo*, in www.repubblica.it, 8 ottobre 2010.

¹⁵ Nel corso dell'ultima presidenza, gli Stati Uniti stanno modificando molte caratteristiche del loro servizio sanitario, dalle misure di *health insurance* all'*accountability* dei soggetti chiamati a certificare la qualità e l'eccellenza. Alcune note sono contenute in *Clear diagnosis, uncertain remedy*, in *The Economist*, 20 febbraio 2010, p. 62.