

Agensir, 12 dicembre 2016

## Dopo Saronno medici e infermieri unanimi: fidatevi di noi e degli ospedali

Le vicende drammatiche emerse all'ospedale di Saronno, al vaglio della magistratura, dove un medico e un'infermiera sono accusati di aver deliberatamente provocato la morte di alcuni pazienti, hanno fatto riaffiorare diffidenza e preoccupazione. Federazione dei medici, anestesisti e infermieri difendono la loro professionalità e la sicurezza delle strutture: singoli casi non possono mettere in dubbio il valore e la dedizione di migliaia di operatori sanitari.

La brutta pagina di cronaca scritta all'ospedale di Saronno, con medico e infermiera, compagni anche nella vita, che avrebbero deliberatamente provocato la morte di pazienti a loro affidati, ha aperto un ampio dibattito sulla sicurezza nei luoghi di cura. E se il pronto soccorso della struttura lombarda sotto indagine ha visto la caduta libera degli accessi, **la diffidenza ha visto serpeggiare da Nord a Sud del Paese una domanda che è un tarlo: ci si può fidare ancora degli ospedali? E del medico?** “Rispondo ancora sì”, afferma senza esitazioni **Roberta Chersevani**, presidente della [Fnomceo](#), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, che motiva: “Per il rapporto speciale che si delinea nella relazione di cura, per il tipo di professione che come nessun'altra porta due esseri umani ad un contatto così intenso: l'uno che affida il bene più prezioso, quale la vita e la salute, e l'altro che accetta”. Il battage mediatico si ripercuote prima di tutto sui pazienti, stante che la risonanza enorme di questi fatti “che sono ancora sotto la lente di chi è deputato ad indagare”, amplificata dalla “voglia di sensazionalismo dei media”, fa sì che “l'ansia e l'incertezza che le persone ammalate possono accusare è enorme”. E anche il personale sanitario si ritrova sotto pressione. “Per qualche scheggia impazzita – commenta Chersevani – ci sono migliaia di medici, che lavorano, tanto, con passione e dedizione, scordandosi spesso di come questa professione sia stata penalizzata in questi anni di crisi”. Per fare chiarezza: su quali meccanismi di controllo e prevenzione possono contare i pazienti quando entrano in ospedale? “Il risultato del lavoro in ospedale è valutato in primis da quelli che ci lavorano accanto, dall'esito delle cure, dalla soddisfazione del paziente e dei suoi familiari – spiega la presidente Fnomceo -. Esiste poi un sistema di risk management che valuta non solo i contesti in cui possono essere stati fatti degli errori, ma anche il percorso che ha portato all'errore. E' prevista la rilevazione, la segnalazione e la valutazione di eventi sentinella, di errori, di quasi-errori (near-miss), valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni raccolte”. **Il grande richiamo è però prima di tutto al Codice di Deontologia**, di cui Roberta Chersevani tiene a evidenziare due principi cardine: l'articolo 7 “In nessun caso il medico abusa del proprio status professionale” e l'articolo 17 “Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte”. **No a “empirismo diagnostico e terapeutico”**. La sicurezza dei pazienti in ospedale, e più in generale la salute e il processo di cura, “è un bene comune e un diritto inalienabile”, e “poiché dipende dall'interazione delle molteplici componenti che agiscono nel sistema”,

la questione “deve essere affrontata attraverso l’adozione” di “un adeguato governo clinico”. Ne è convinto **Antonio Corcione**, presidente della Società italiana di anestesia, rianimazione e terapia intensiva ([Siaarti](#)) che ha di recente elaborato il documento “Linee propositive per un diritto alla relazione di cura e delle decisioni di fine vita”. Nel richiamare il manuale “Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico” prodotto nel 2009 dal ministero della Salute con la Fnomceo e l’Ipsavi, Corcione sottolinea: “E’ urgente istituire un governo clinico che controlli l’errore a qualsiasi livello professionale, oggettivando le logiche di trattamento e proteggendo il paziente dall’empirismo diagnostico e terapeutico”. **Con riferimento al cosiddetto “protocollo Cazzaniga”, è impensabile, chiarisce, l’applicazione da parte di un medico di un protocollo “proprio”.** Quest’ultimo costituisce infatti “uno schema di comportamento predefinito” che “formalizza la sequenza delle azioni” da compiersi “per conseguire l’obiettivo dato, comune a tutte le figure professionali coinvolte”, anche se “non può prescindere, in senso assoluto, dalla pratica clinica quotidiana e dalla esperienza professionale dell’ anestesista rianimatore acquisita nel corso degli anni”. Gli anestesisti, chiamati erroneamente in causa in vicende come questa quali figure in grado di “prolungare” o “interrompere” la vita, non dispongono di un proprio codice deontologico, ma seguono le regole comuni a tutte le figure professionali mediche. Controlli seri e strutturati ma non solo: ***casì come quello di Saronno si prevengono anche con “un’accurata e frequente rivalutazione e selezione psico-attitudinale del personale medico e paramedico impiegato nelle aziende sanitarie”.*** Dal presidente della Siiarti l’invito, infine, a “non dimenticare come l’anestesista rianimatore sia coinvolto ogni giorno in attività pressoché eroiche che comportano la salvaguardia e la tutela della salute del paziente, soprattutto, ma non solo, nelle condizioni più critiche”.

**Costruire una cultura della sicurezza.** Per **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione nazionale colleghi infermieri ([Ipsavi](#)), “il problema vero è costruire una cultura della sicurezza, mettere cioè gli operatori e le aziende nella condizione di condividere meccanismi reali e procedure che rendano davvero operativo ciò che è sulla carta”. Dell’ospedale, assicura, ci si può fidare: “è un luogo che garantisce la massima professionalità e assistenza ai pazienti. Non possono essere singoli casi a mettere in dubbio la dedizione e la competenza di migliaia di professionisti”. In caso di anomalie “la sorveglianza spetta all’azienda e ai singoli responsabili delle attività e dei reparti”; questi ultimi “dovrebbero intervenire in modo assolutamente tempestivo”. Di fronte a fatti che sembrano “un film dell’orrore” – e per i quali il codice deontologico prevede la sospensione dall’attività professionale e, una volta emessa la sentenza, l’eventuale radiazione dall’Albo -, non solo ***“si deve agire contro chi li ha commessi ma anche verso chi li ha consentiti. Inutile nascondersi dietro un dito: i controlli non dovrebbero guardare in faccia nessuno.*** Evidentemente nessuno ha visto tempestivamente ciò che stava accadendo e, una volta visto, nessuno – di quelli che avrebbero dovuto e potuto – ha ritenuto di intervenire”. Un’omertà inaccettabile: “se è in ballo la salute dei pazienti affidati alle cure della struttura e dei suoi professionisti, non esistono giustificazioni nemmeno davanti a un’ipotesi, a un sospetto”. Per fortuna “un’infermiera coraggiosa c’è stata e grazie a lei la presunta spirale di follia si è interrotta. Lì hanno prevalso il senso del dovere, la coscienza di una deontologia professionale che mette davanti a tutto – anche a minacce ricevute e a possibili successive ritorsioni – gli assistiti, ma anche il coraggio di chi sa di

essere nel giusto. Ora questa infermiera va protetta e tutelata, e la Federazione e il Collegio di cui fa parte – assicura Mangiacavalli – non la lasceranno sola”. I controlli, ribadisce a conclusione, devono essere strutturati e obbligatori, evitando però che “controllore e controllato si sovrappongano”. Controlli “sia preventivi sia di argine a fatti che spesso si fa finta di non vedere”. E la richiesta “viene proprio da chi sa di dare il massimo per la salute dei pazienti e non vuole che nessuno possa vanificare il suo lavoro o nutrire sospetti su eventuali inadempienze”.

Giovanna Pasqualin Traversa ed Emanuela Vinai