

L'ERRORE MEDICO: STUDI PER LA RILEVAZIONE, ANALISI DEL FENOMENO, PROPOSTE OPERATIVE E LEGISLATIVE.

N. de Trizio*, B.Vergari**, F.Vergari***, L.Zanardi*

*Centro Medico Legale Polispecialistico Direzione Regionale INPS Emilia-Romagna - Bologna

**Coordinamento Regionale Medico Legale – Direzione Regionale INPS Emilia-Romagna – Bologna

*** Università degli Studi di Bologna – Facoltà di Medicina e Chirurgia

Keywords: errore medico, rilevazione, risk management

INTRODUZIONE

Assistiamo da anni ad una campagna mediatica ambivalente, da una lato dimostrativa dei continui e rassicuranti progressi della medicina, dall'altra pronta ad colpire pregiudizialmente ogni episodio sfavorevole in ambito sanitario annotandolo sempre come “malasanità”. Un recente sconcertante episodio ha travolto di polemiche la classe medica allorché nell'ottobre 2006 i mezzi d'informazione hanno dato grande risalto ad una notizia riferita al congresso degli oncologi italiani: 90 morti al giorno per errori medici i quali causerebbero più vittime degli incidenti stradali, dell'infarto miocardico e di alcuni tumori.

In realtà la notizia risulta totalmente errata e priva di qualsiasi base scientifica. Gli studi eseguiti in Italia forniscono dati assai meno significativi e deduzioni assai più incerte, mentre né le imprese assicuratrici né gli organi di giustizia hanno fino ad ora dati statistici esaurienti in tal senso. L'unico dato certo, questo sì confermato dalle statistiche, è il continuo aumento delle denunce e delle richieste di risarcimenti per veri o presunti errori medici o, comunque, attribuibili all'operato delle strutture sanitarie.

Questo fenomeno ritrova nel tessuto sociale attuale, diverse motivazioni: sicuramente è aumentato il livello culturale, in campo sanitario, del cittadino medio ed è sicuramente aumentata l'importanza che si attribuisce al diritto alla salute cosicché sono cresciute, di conseguenza, le aspettative del paziente verso la guarigione. Sull'altro versante abbiamo invece un notevole divario tra le attuali potenzialità della scienza medico chirurgica e quello che possono poi effettivamente fare i singoli medici. La parcellizzazione del malato, conseguente alla superspecializzazione della medicina, ha portato ad un aumento del rischio, già di per sé insito nella

scienza medica, conseguente all'aumento della semeiotica invasiva, eseguita con strumentazioni sempre più complesse.

Anche il crescente interesse a ricavare denaro dalle cause, tipico delle società complesse come la nostra, dove i valori etici sono continuamente rivisti e messi in discussione, contribuisce all'effetto distorsivo ed esasperato che la divulgazione di notizie sulla "malasanità" ha sul nostro tessuto sociale. Tutto ciò ha favorito la promulgazione di norme legali sempre più dettagliate e di difficile interpretazione, con un incremento della burocrazia nell'ambito della medicina pubblica; inoltre i medici si rifugiano nella cosiddetta "medicina difensiva" con protocolli di consenso sempre più dissuasivi e con un eccesso d'indagini per difesa dalle eventuali accuse di superficialità, ovviamente a scapito dei pazienti e della spesa pubblica. Tale situazione appare comune a tutti i paesi occidentali, poiché Stati Uniti e Paesi Europei si trovano a dover affrontare problematiche molto simili fra di loro.

Scopo di questo lavoro è quello di analizzare gli studi fino ad oggi eseguiti in questo settore, le conseguenze sul piano psico-sociale, e di esaminare i possibili rimedi ad un problema in così rapida espansione.

STUDI PER LA RILEVAZIONE DELL'ERRORE MEDICO

Nel 1999, un report (I.O.M.) dell'Institute of Medicine, creato appositamente per evidenziare i danni da cure mediche, segnalava che negli USA il numero di decessi imputabili ad errore medico ammontava a quasi 100 mila casi/anno, costituendo l'ottava causa di morte con un costo economico valutabile fra i 17 e i 20 miliardi di dollari. L'attenzione si è concentrata soprattutto sulle stime dei decessi causati da errori medici: tra le 44.000 e le 98.000 persone decedute nel 1999 a causa di errori ritenuti evitabili, avvenuti negli ospedali USA. Il rapporto fu presentato in novembre 1999 e pubblicato nel 2000. Nel giro di due settimane dalla sua presentazione, l'effetto era già evidente: il Congresso statunitense aveva già iniziato una serie di audizioni sul tema ed il Presidente Clinton aveva dato mandato per uno studio sulla praticabilità delle proposte contenute nel rapporto. Sempre nel 2000, quindi con tempi molto ristretti, Clinton istituì il "National Center for Patient Safety" per coordinare a livello nazionale gli studi, inoltre impose a tutti gli ospedali di dotarsi dei mezzi necessari per la ricognizione degli errori e la loro denuncia.

Inutile dire che un'accesa discussione seguì tale rapporto e i successivi provvedimenti. Peraltro a tutt'oggi esso rimane l'unico studio, su vasta scala, dell'errore medico. Senza voler entrare nel merito dei numeri di

tale rapporto, ciò che può essere utile è quello che emerge, concettualmente, riguardo all'errore medico. Secondo il rapporto I.O.M. la causa principale delle richieste di risarcimento danni alle compagnie assicuratrici era imputabile per la maggior parte, al cattivo rapporto medico-paziente. Fermo restando tale dato, veniva sottolineata la necessità di far nascere una cultura di sicurezza nell'ambito degli ospedali, intensificando la qualità delle cure e far emergere il più possibile l'errore stesso, senza accanimento nella ricerca del "colpevole" ma cercando di diffondere maggiormente gli esempi positivi. Veniva cioè delineata la necessità di passare da un sistema punitivo verso i responsabili di errori, ad un sistema premiante per coloro che fanno emergere l'errore stesso, per favorirne così la cessazione spontanea. In questo modo si passa da un sistema di individuazione degli errori di tipo reattivo, cioè dopo che l'errore si è già verificato, ad un sistema proattivo, cioè di prevenzione e previsione dell'errore stesso. Se si conosce dove e quando l'errore si è verificato, sarà più facile intervenire perché non si ripeta .

Recentemente diagnosi errate o ingiustificatamente ritardate sono state l'oggetto dello studio condotto da un gruppo di ricercatori della *Harvard Medical School di Boston*, i quali hanno rivolto la loro attenzione alle richieste di risarcimento inoltrate alle assicurazioni da soggetti vittime di presunta malpractice medica (3). L'esame di oltre 300 pratiche che riguardavano presunti errori diagnostici con conseguente danno per il malato condusse all'evidenza di prevalenti errori correlati alla diagnosi di cancro, omessa o ritardata, prevalentemente alla mammella o al colon, a seguire errori diagnostici relativi a malattie infettive, fratture e infarto del miocardio. L'85% degli errori risultava maturato negli ambulatori e, nella metà dei casi, erano coinvolti medici di medicina generale. I punti critici individuati nell'iter diagnostico riguardavano, in ordine di frequenza, la richiesta di esami non appropriati (55%), la mancata pianificazione di adeguati controlli a distanza (45%), una visita medica (anamnesi ed esame obiettivo) insufficiente (42%) ed una errata interpretazione dei test diagnostici (37%). Come altri tipi di errori in medicina, gli errori diagnostici non vengono attribuiti al singolo medico, ma risultano inevitabilmente multifattoriali, perché coinvolgono diversi passaggi nel processo decisionale e differenti figure professionali. La tipologia relativamente limitata degli errori presi in esame, probabilmente non rappresentativa di tutte le situazioni comunemente incontrate, impedisce agli autori di trarre conclusioni univoche o fornire soluzioni "magiche", anche se rafforza la convinzione che una strategia di prevenzione dei fallimenti diagnostici debba necessariamente partire dall'organizzazione generale del sistema e della qualità delle cure, fornendo per esempio al

medico tutti i supporti decisionali mirati a limitare i danni derivanti da errori individuali (spesso di tipo cognitivo) e collettivi (di tipo comunicativo).

In Italia, in particolare, le ricerche in questo settore (poche e non propriamente tali) non paiono essere, allo stato attuale, di sicuro spessore. Il tema dell'errore nella pratica medica non ha avuto propugnatori altrettanto autorevoli dell'Institute of Medicine americano. Tuttavia anche nel nostro paese gli ultimi anni hanno visto una crescita delle iniziative sul tema, con dati e scenari spesso amplificati dai media (6). Una delle ricerche più importanti è quella Prometeo-Atlante della sanità italiana 2001, realizzata dall'Università di Roma "Tor Vergata" ed altre organizzazioni pubbliche e private. L'indagine, realizzata annualmente dal 1999, stima la "mortalità evitabile" (nella fascia 5-69 anni) in Italia, riconducibile a tre tipi di cause: assenza di prevenzione primaria, ritardo nella diagnosi e nella terapia, assenza di igiene e assistenza sanitaria non adeguata. In realtà l'indagine non tratta in modo specifico della mortalità da eventi avversi in sanità, tuttavia la terza delle tre cause ricordate può essere ricondotta alle inefficienze dell'assistenza ospedaliera (come ad esempio le infezioni ospedaliere), evidenziando una parziale sovrapposizione con il fenomeno degli eventi avversi in sanità. Nel rapporto del 2001 in questo ordine di cause sono attribuite 25.557 morti "evitabili" (su un totale di 78.974 relative all'anno 1998). L'ente che maggiormente si è impegnato per richiamare l'attenzione delle istituzioni pubbliche e degli operatori sanitari è il Tribunale per i Diritti del Malato (TDM), una organizzazione di tutela dei pazienti. Anche il TDM pubblica periodicamente un rapporto sulla qualità dell'assistenza sanitaria nel quale è incluso un capitolo sugli errori dei medici. Giunto alla sesta edizione, il rapporto cittadini e servizi sanitari, PiT Salute 2001/2002 [Tribunale per i Diritti dei Malati, 2003], è basato sulle segnalazioni raccolte dalla sede centrale del servizio PiT Salute, attivato dal TDM per offrire consulenza, assistenza e tutela dei diritti dei cittadini che incontrano problemi nella loro interazione con i servizi sanitari pubblici e privati. La percentuale delle segnalazioni riguardanti la diagnosi e la terapia risulta in crescita dal 1999 al 2002, passando dal 24,9 % al 30,5 %. All'interno di questa area le segnalazioni per errori terapeutici contribuiscono per il 5,0 %, quelli per errori diagnostici per il 3,1 %. Il restante 22,4 % è dato da richieste di consulenza medica (12,9 %), richiesta di consulenza legale (9,3%) e da segnalazioni di modifica immotivata della terapia (0,2 %). Le principali aree disciplinari dei sospetti errori diagnostici e terapeutici sono, nell'ordine: ortopedia e traumatologia (16,9%), oncologia (13,4%), ostetricia e ginecologia

(12,6%), chirurgia generale (11,9%). Queste quattro discipline assommano, da sole, oltre il 50% delle segnalazioni per errore.

LA SITUAZIONE ITALIANA

Se finora abbiamo cercato di delineare il panorama generale del tema trattato, più difficile è cercare di verificare la portata del fenomeno e quantificarlo, al di là di quella che appare essere la percezione superficiale, inficiata e influenzata dalla opinione pubblica e dai media. I grandi studi effettuati in Italia negli ultimi anni, hanno recuperato informazioni che sono state concentrate soprattutto sulla dinamica del rischio e dei danni alla salute percepiti dagli utenti, più che sulle denunce effettive. Di queste ultime poi, per le quali non esistono dati certi provenienti dai Tribunali, è stata effettuata una stima approssimativa ed economica, più che statistica. Si deve ulteriormente sottolineare che non esistono a tutt'oggi dati scientificamente o statisticamente attendibili, per mancanza di un osservatorio epidemiologico ufficiale; non sono disponibili neppure dati dai Tribunali e dalle Procure che abbiano una rilevanza nazionale.

Attualmente i dati disponibili, sul territorio italiano, risultano dalle tabelle seguenti:

| Fonte Cineas [2001] (su dati del 2000) | |
|---|---------------------------------|
| <i>Variazione annua numero dei ricoveri</i> | <i>Da 8.000.000 a 9.000.000</i> |
| <i>Variazione annua numero decessi per errori medici</i> | <i>Da 14.000 a 50.000</i> |
| <i>Numero medio di decessi per errori medici nel 2000</i> | <i>35.000</i> |
| <i>Numero medio di persone che hanno subito un danno più o meno grave</i> | <i>320.000</i> |
| Reparti coinvolti (sul totale dei danni di diversa gravità) | |
| <i>1) Pronto soccorso</i> | <i>46 %</i> |
| <i>2) Ortopedia e traumatologia</i> | <i>17 %</i> |
| <i>3) Chirurgia generale</i> | <i>13 %</i> |
| <i>4) Oncologia</i> | <i>13 %</i> |
| <i>5) Ostetricia/Ginecologia</i> | <i>11 %</i> |
| <i>Totale</i> | <i>100 %</i> |

| | |
|---|---------------------------|
| Numero di cause intentate | 12.000 |
| Valore complessivo dei risarcimenti richiesto/anno | 2.5 miliardi di euro |
| Importo dei risarcimenti pagati dalle assicurazioni 1999/2000 | 413.000.000 di euro |
| Esborsi medici ospedalieri per le polizze | 750.000–2.000.000 di euro |
| Costi per il prolungamento delle degenze per errori/anno | 260.000.000 di euro |
| Raccolta media annua dei premi per assicurazione sanitaria | 175.000.000 di euro |

| | |
|---|-----------|
| Fonte Prometeo 2002 (su dati del 2001) | |
| Numero ricoveri annui | 9.000.000 |
| Numero di decessi evitabili | 78.974 |
| Principali cause di errore | |
| 1) insufficiente prevenzione primaria | 45.586 |
| 2) mancanza diagnosi precoce e terapia | 7.831 |
| 3) scarsa igiene e assistenza sanitaria | 25.557 |

| | |
|---|-----------|
| Fonte : Censis [2001] (analisi del contenuto di 340 articoli di quotidiani nazionali nel 2000) | |
| Numero casi di malasanità saliti alla cronaca | 143 |
| N. casi di decessi per malasanità saliti alla cronaca | 78 |
| Responsabilità: | |
| attribuzione di responsabilità (ove verificata) | 60 casi |
| N. casi con intervento della magistratura | 57 (40 %) |

| | |
|--|------|
| Fonte: Tribunale per i Diritti del malato (2001) dati relativi al periodo 1999-2000 | |
| N. segnalazioni gestite dalla sede centrale del PiT | 7735 |
| Totale segnalazioni classificate | 6660 |
| Totale segnalazioni non classificate | 1075 |

L'analisi del contenzioso fra medico e paziente in Italia eseguita nella relazione di Ugo Dal Lago al 3° Congresso AMAMI, nel febbraio 2006, riporta nell'anno 2004 n°46.000 controversie per malpractice pendenti avanti ai nostri Tribunali, mentre i dati diffusi dall'ANIA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici) indicano un forte aumento del numero dei sinistri denunciati in ambito professionale medico, con incremento del 148% dal 1994 al 2002.

Ricadendo in un ambito più limitato che è quello della provincia di Bologna, è stato effettuato uno studio presso gli Istituti Ortopedici Rizzoli (IOR) (2). Gli IOR sono l'unico Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) esclusivamente ortopedico, in Italia; ha un bacino di utenza dei pazienti ricoverati riconducibile soltanto per il 41 % alla regione Emilia-Romagna, per l'11 % alle rimanenti regioni del nord Italia, per il 14 % all'Italia centrale, per il 34 % all'Italia meridionale e alle isole. Per tale motivo i dati relativi al contenzioso del Rizzoli possono essere visti quasi come in un contesto nazionale di distribuzione e un primo dato che emerge, relativamente all'analisi di tale fenomeno, è una minore propensione al contenzioso da parte dei pazienti del Sud Italia. Un altro dato che emerge, dalla casistica fornita dallo IOR, è che negli anni dal 1997 al 2001 gli Istituti Rizzoli hanno registrato 128 casi di contenzioso, con un trend di progressiva crescita del numero di casi: dai 25 casi del 1997 ai 59 del 2001, registrando quindi un incremento superiore al 100% in 5 anni. Dei 128 casi di contenzioso esaminati presso lo IOR negli anni in questione, solo il 40% è arrivato ad una definizione giudiziale, il rimanente 60% è stato trattato ed eventualmente risarcito, direttamente con transazione tra assicurazione e paziente. La gestione del contenzioso negli IOR, come in genere nelle strutture ospedaliere italiane, è affidata ad assicurazioni private che gestiscono autonomamente i casi che si verificano. Da quanto finora esposto risulta evidente la necessità da un lato di contenere il fenomeno, dall'altra di gestirlo in modo congruo con le esigenze sia del cittadino/paziente, sia con quelle dei medici, spesso coinvolti in cause lunghe, foriere di ansia e patimento, magari inutili.

LE PROPOSTE

Da più parti si auspica un intervento legislativo per la composizione del contenzioso in sede extragiudiziale, istituendo forme di giustizia alternativa, che permettano di accelerare la soluzione delle controversie in sede civile. In Italia sono stati depositati in parlamento alcuni progetti di

legge. Il primo fu quello presentato nell'ottobre 1995, n° 3244, su iniziativa del Senatore Tomassini, ("Nuove norme in tema di responsabilità professionale del personale sanitario") attualmente approvato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato. Un altro progetto di legge fu quello del Senatore Scalisi ed altri n°4481 del gennaio 1998, molto simile alla proposta precedente. Un ulteriore proposta legislativa dell'On. Dalla Rosa e altri, 1996, è costituito da un unico articolo, sul modello della legislazione Finlandese, che prevede l'assicurazione obbligatoria per tutti gli operatori "per i danni eventualmente derivati dallo svolgimento dell'attività sanitaria".

Secondo la proposta di Legge Tomassini, che fu approvato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato (disegno di legge n. 108 del 6 giugno 2001), si prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione per tutte le strutture ospedaliere private e pubbliche. Il Disegno di Legge consta di otto articoli: generale responsabilità di tutte le strutture sanitarie ospedaliere, pubbliche e private, per i danni alla persona cagionati dal personale medico e non medico operante presso le medesime; introduzione dell'obbligo per tutte le strutture di assicurazione per la responsabilità civile nei confronti degli assicurati; azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore, entro i limiti del massimale assicurato; esclusione di un'azione diretta nei confronti dei singoli operatori, passibili soltanto di un'azione disciplinare, qualora il fatto sia stato commesso con dolo o colpa grave e la relativa sentenza sia passata in giudicato; azione di rivalsa prevista solo per il caso di dolo; previsione di termini perentori per la conclusione delle vertenze (offerte e diniego da parte dell'assicuratore entro 90 giorni dalla richiesta; conclusione dell'eventuale giudizio arbitrale entro 90 giorni dalla designazione arbitrale).

La proposta Tomassini sembra ispirarsi alla legge n. 990 del 1969 per l'assicurazione obbligatoria RC auto, tuttavia, mentre in quest'ultima è previsto un fondo di garanzia per gli incidenti di veicoli non assicurati e per i veicoli anonimi o assicurati con compagnie poste in liquidazione coatta amministrativa, cioè un fondo di garanzia per i danni dove non è possibile identificare una colpa ben precisa, nella proposta Tomassini non si prevede nulla di simile. Nell'ambito della responsabilità professionale ciò sarebbe invece di fondamentale importanza: tutte le ipotesi di danno senza colpa, perché senza errore, o di danno per il quale non sia stato possibile individuare una specifica colpa individuale (perché, ad esempio, origina da "un intreccio di colpe") rischiano, paradossalmente, di restare fuori dal sistema. Un ulteriore punto debole della legge è che nulla viene previsto per i medici liberi professionisti, che operano, cioè, senza struttura alle spalle.

Un'alternativa possibile è quella sul modello francese della legge Kouchner, ovvero della legge n° 3003 del 2002. In Francia con tale legge l'assicurazione è diventata requisito obbligatorio per l'esercizio della professione medica, sia per i liberi professionisti che per i dipendenti ospedalieri, inoltre vengono assicurate anche alcune ipotesi che ricadono nella cosiddetta "alea medica" e precisamente: l'infezione nosocomiale, la patologia iatrogena ed il cosiddetto *accident médical*. Per tali evenienze è previsto comunque il ristoro del danno del paziente "*au titre de solidarité nationale*". Il sistema francese, dopo un lunghissimo braccio di ferro tra la giurisprudenza del Consiglio di Stato e quella della Corte di Cassazione, ha conservato, con la legge 3003 del 2002, il principio della responsabilità per colpa di tipo contrattuale e si è inteso arricchire questo principio con tre "categorie" di responsabilità "sans faute", che garantiscono la sicurezza sociale del risarcimento.

Per una corretta e completa gestione del problema della responsabilità medica, sarebbe importante che la gestione del rischio, peraltro ancora tutta da quantificare e organizzare, rimanesse di esclusiva pertinenza medica.

CONCLUSIONI

L'Italia e gli altri paesi del mondo occidentale si stanno muovendo fondamentalmente in due direzioni per affrontare la problematica dell'errore in medicina.

Prima di tutto una forte intensificazione dei sistemi di monitoraggio e di controllo preventivo dei rischi (la strada del c.d. *risk_management*): questa strada è ancora in fase di approfondimento e di studio, ma comincia trovare esperienze applicative in alcuni ambiti locali. Dopo lo studio "Prometeo" molte aziende sanitarie si sono dotate degli strumenti necessari per l'attuazione della gestione "proattiva" del rischio di errore. Negli Stati Uniti sono in corso d'attuazione delle mappe di rischio diversificate per le singole discipline specialistiche. Tutto ciò dovrebbe consentire, assieme all'emersione dell'errore medico, una migliore qualità delle cure nonché la riduzione dei costi e del contenzioso.

Come seconda indicazione si ritiene auspicabile un intervento legislativo serio ed organico che sia in grado di garantire una equa regolamentazione del sistema dei risarcimenti nei casi di errore medico, evitando negative interferenze sul funzionamento delle strutture sanitarie e garantendo un sereno svolgimento delle professioni sanitarie; tutto ciò a

con la finalità di creare un sistema di protezione e tutela dei cittadini che si sottopongono alle cure.

RIASSUNTO

Gli autori analizzano i risultati di alcune indagini eseguite negli USA in merito ai danni prodotti da errori in medicina, descrivono gli studi effettuati in ambito nazionale evidenziando la carenza di dati certi sul fenomeno e sottolineando comunque la continua crescita delle denunce e delle richieste di risarcimenti.

Vengono esaminate alcune proposte legislative in ambito nazionale ed auspicata l'intensificazione dei sistemi di monitoraggio e di controllo preventivo dei rischi (c.d. risk_management).

BIBLIOGRAFIA

1. Censis 2001: *L'errore in Medicina: sondaggio su 340 articoli di quotidiani e periodici (anno 2000)*. Riv.It.Med.Leg. 23:113, 2001
2. Cipolla, C. : *Il contenzioso socio-sanitario. Un'indagine nazionale*. Franco Angeli. Bologna, 2004
3. Gandhi, TK et al.: *Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims*. Ann Intern Med 2006; 145:488-496.
4. Fiori, A. : *Evidence in legal medicine*. IALM 20-23 settembre 2003, Milano.
5. Fiori, A. : *Medicina legale della responsabilità medica*. Giuffrè, Milano, 1999.
6. Marcon, G.: *Risk management: lo stato dell'arte*. III Congresso Nazionale AMAMI; Padova, 25-25 febbraio 2006.

SITOGRAFIA

- 1) www.ashrm.org/asp/home/home.asp (sito American Society for Healthcare Risk Management)
- 2) www.amami.it (sito Associazione Medici Accusati Ingiustamente di Malpractice)
- 3) Censis: Rischi ed errori nella sanità italiana. La gestione delle responsabilità nelle politiche assicurative nella salute. 2001
Pubblicato in : www.censis.it
- 4) Cineas-Consortio Universitario per l'Ingegneria nelle Assicurazioni : quando l'errore entra in ospedale. Risk Management : Perché sbagliando si impari. Le mappe del rischio, le soluzioni.
www.cineas.it
- 5) www.floridarisk.com (sito Florida Risk Management Institute)
- 6) www.istat.it (sito Istat con Banche Dati relative ai maggiori fenomeni sociali)
- 7) www.igiene.org/prometeo : Prometeo 2001 Atlante della Sanità Italiana. Indagine sulle realtà territoriali delle Aziende USL
- 8) www.piazzasalute.it / tutela del malato (sito sulla tutela dei diritti del malato)