

Rapporto

numero	data	Dipartimento
7408 R	31 gennaio 2019	SANITÀ E SOCIALITÀ
Concerne		

della Commissione speciale sanitaria sulla mozione 15 aprile 2013 presentata da Michela Delcò Petralli per il Gruppo dei Verdi «Gestione dell'errore medico in Ticino»

(v. messaggio 6 settembre 2017 n. 7408)

“Agire comporta sempre rischi e costi, ma questi non sono nulla rispetto ai rischi di una comoda inazione.”

J.F. Kennedy

1. INTRODUZIONE

La gestione dell'errore medico, o per meglio dire la gestione di eventi avversi che intervengono nel processo sanitario sia di diagnosi che di cura, è tema di indubbio interesse. Il tema della sicurezza dei pazienti, della sicurezza del percorso clinico, diagnostico e terapeutico, rappresenta di fatto una priorità per ogni professionista attivo nel mondo della sanità così come è di primaria importanza per ogni istituto che dispensa cure sanitarie.

Malgrado le molteplici attenzioni che portano a migliorare qualità e sicurezza in ambito sanitario, ripetuti fatti di cronaca sia in ambito cantonale, nazionale ma anche sul piano internazionale portano alla ribalta la delicatezza e la fragilità del percorso di cura, sia esso svolto in regime stazionario che ambulatoriale. La mediatizzazione di eventi avversi in ambito sanitario diventano facile oggetto di critica forse perché sempre più presentati in forma sensazionalistica mettendo in secondo piano e a volte tralasciando completamente il costante lavoro di prevenzione e di miglioramento dei processi di cura in atto negli ospedali e negli ambulatori.

2. LA MOZIONE

La mozione della collega Delcò Petralli, sulla base di dati estrapolati da studi sia europei che americani, propone di predisporre una campagna d'informazione sulla gestione e la prevenzione dell'errore medico all'attenzione di tutti gli operatori sanitari del Cantone e di elaborare, in collaborazione con gli istituti di cura e le associazioni di categoria, delle direttive per la presa a carico degli errori medici. Si intende in tal modo contribuire a ridurre i costi della salute, migliorare le cure mediche e prevenire complicazioni potenzialmente gravi.

3. GLOSSARIO

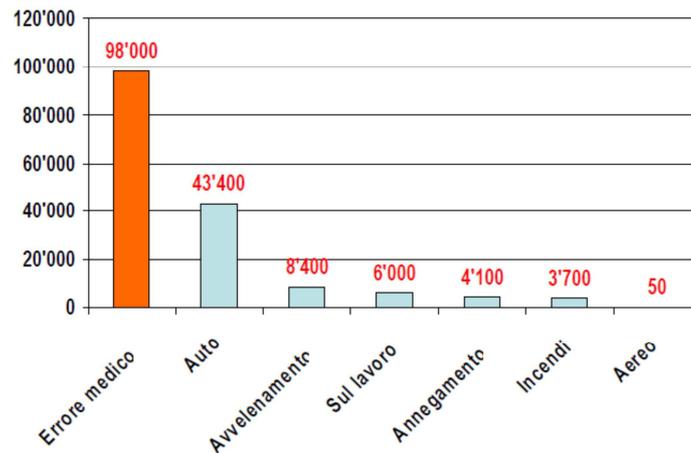
Nella sua introduzione il messaggio del Consiglio di Stato espone un glossario che, allo scopo di facilitare la comprensione della tematica si ritiene utile riportare anche in sede di rapporto:

- Il **rischio** è la probabilità di accadimento di un evento indesiderato e delle conseguenze che l'evento stesso può avere. Il rischio è per definizione associato a ogni attività umana, non è eliminabile.
- L'**errore** è il fallimento nel portare a termine, come nelle intenzioni, un'azione precedentemente pianificata (errore di esecuzione) oppure l'uso di una pianificazione sbagliata per raggiungere un obiettivo (errore di pianificazione). L'errore medico è inteso come ogni errore successo in ambito sanitario. In genere l'errore non è intenzionale.
- L'**evento avverso** è un danno causato a un paziente dalla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia; un evento avverso attribuibile a un errore è un evento prevenibile. Esempi di eventi avversi sono: una diagnosi errata, errori di terapia, un intervento chirurgico del lato sbagliato, un errore d'identificazione, un errore di trasfusione, una caduta.
- Con il termine **errori attivi** sono descritte le azioni non sicure o omissioni effettuate da coloro che sono nelle interfacce estreme del sistema organizzativo e pertanto hanno immediate conseguenze avverse. Gli errori attivi sono commessi dalle persone in contatto con il paziente. Questi atti non sicuri sono influenzati dai fattori contribuenti, quali lo stress, l'inadeguato addestramento o gli elevati carichi di lavoro, che producono effetti negativi sulle performance aziendali. Si tratta degli errori più facilmente individuabili in quanto hanno conseguenze immediate.
- Gli **errori latenti** sono 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 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.

4. IL MESSAGGIO DEL CONSIGLIO DI STATO IN SINTESI

L'attenzione sul fenomeno dell'errore medico nasce nel 1999 dal celebre rapporto dell'Istituto americano di medicina "To err is human: Building a Safer Health System". In quel rapporto si stimava che ogni anno negli Stati Uniti morivano fino a 98'000 pazienti in seguito a errori in ambito sanitario, numero che era, per esempio, più del doppio dei morti in incidenti della circolazione. Altri studi svolti in diversi paesi avevano in seguito confermato l'entità del fenomeno.

Morti accidentali ogni anno USA (1998)



Per il nostro Paese, secondo la Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera, il numero di decessi legati ad errori medici negli ospedali oscillerebbe tra 700 e 1700 all'anno, in base alle stime fondate su studi svolti in paesi che hanno un sistema sanitario paragonabile al nostro. Dati che in ogni caso vanno analizzati con prudenza.

L'approfondimento

Integrazione

2

Cure intensive e chirurgia sono i settori più sensibili dentro un ospedale, dove l'errore è in agguato, avviene con una certa frequenza e può avere conseguenze gravi, anche letali, su pazienti già parecchio de-

bilizzati. Ridurre l'errore e aumentare la sicurezza è possibile, ma da una cultura della "segretezza" si deve passare alla trasparenza dove ogni errore va segnalato per poter essere evitato in futuro



L'errore in corsia... fa mille morti

Pillole scorrette, iniezioni, cadute... chi sbaglia deve poterlo denunciare senza rischiare il posto. Così si migliora la sicurezza. Il ricercatore Usa: "Registrazione ogni infezione, avere check list in chirurgia, ma soprattutto una nuova cultura della trasparenza"

Il fenomeno esiste e merita attenzione, ritenuto poi che ogni decesso evitabile è un decesso di troppo. Non bisogna nemmeno dimenticare che l'errore medico genera elevata morbilità, sofferenza e costi a prescindere dal numero di morti che causa. Infatti i decessi in seguito a errori in ambito sanitario sono solo la punta dell'iceberg del problema dell'"errore medico". Infatti, per ogni morto ci sono decine di eventi avversi che hanno un impatto maggiore sul paziente, centinaia che hanno un impatto minore e migliaia che avrebbero potuto causare un danno alla salute ma, solo per puro caso, non lo hanno prodotto (i cosiddetti "near miss" o "quasi incidenti"). Dunque ne risulta che il numero di eventi avversi in ambito sanitario è molto elevato e, cosa più interessante, i diversi studi fatti mettono in evidenza in maniera abbastanza costante che all'incirca il 50% degli eventi avversi sarebbe prevenibile.

La piramide degli incidenti



5. DALLA CULTURA DELLA COLPA ALLA CULTURA DELL'ERRORE

Il sistema sanitario è un sistema complesso che si è rapidamente evoluto negli ultimi anni con un uso di strumenti tecnologici sempre più avanzati, farmaci sempre più potenti, un crescente numero di atti per unità di tempo e pazienti sempre più esigenti e con aspettative di cura elevate. All'interno di questo sistema complesso lavorano esseri umani che, per loro stessa natura, commettono errori a causa di abitudini, stanchezza, paura, distrazioni, fretta, turni o altro ancora.

Nessuno commette errori di proposito ma nessuno ammetterà mai un errore se per questo viene punito. È dunque importante creare una cultura dell'errore che si focalizzi sul sistema e non più sulle persone e sulla performance individuale. Si tratta di attuare un cambio di paradigma, per cui, a prescindere ovviamente da responsabilità penali, in un'ottica di miglioramento generale non è efficace punire le persone perché fanno degli errori, mentre si possono diminuire gli errori migliorando i sistemi. Un approccio di tipo sistemico non significa dunque cambiare la condizione umana, ma piuttosto le condizioni nelle quali le persone lavorano affinché sbagliare diventi più difficile.

Gli errori vengono fatti per lo più dagli operatori al letto del paziente: il medicamento sbagliato viene iniettato dall'infermiere, la gamba sbagliata viene amputata dal chirurgo: sono i cosiddetti "errori attivi". Di conseguenza, se ci si "accontenta" di identificare chi ha effettuato un atto dannoso (cultura della colpa), non si indagano ulteriormente le possibili concause di tale azione; ma solitamente tali atti hanno un'origine a monte nel tempo e nel flusso del processo. Se si analizza infatti la causa profonda degli errori attivi, si constata che le vere cause dell'errore sono spesso da ricercare altrove. Numerosi studi condotti sul tema hanno evidenziato che gli errori umani derivano in realtà da "errori latenti": limiti di tempo, personale insufficiente, équipe inadeguata, cattiva organizzazione del lavoro, inesperienza, gestione del personale, affaticamento, informazione/comunicazione inefficace, design e manutenzione delle apparecchiature inadeguati, ecc. In altre parole, significa che la somministrazione per esempio di un medicamento sbagliato da parte di un infermiere può in definitiva essere connessa, a seconda della situazione, al carico lavorativo, all'insufficiente esperienza della persona, alla mancata supervisione, alla stanchezza, all'uso di un protocollo impreciso, ecc. Ne consegue che per rendere il

sistema più sicuro bisognerà correggere la vera causa dell'errore e agire, di volta in volta, sull'organizzazione del lavoro, sulla formazione adeguata del personale, su una migliore supervisione, su una documentazione di supporto sempre aggiornata e chiara. Un ottimo esempio di misure messe in atto per rendere il sistema più sicuro è stata l'introduzione nelle sale operatorie del "time out", una checklist di controllo da effettuare prima di intervenire sul paziente.

Questo cambiamento, dalla cultura della colpa (dell'individuo) alla cultura dell'errore (del sistema), è possibile solo attraverso un cambiamento che è però il risultato di un processo che ha bisogno di tempo. Il contesto storico e legale attuale a livello globale non appare favorevole, con una tendenza all'aumento negli ultimi anni della litigiosità con un crescente numero di denunce e cause civili per danni ai pazienti.

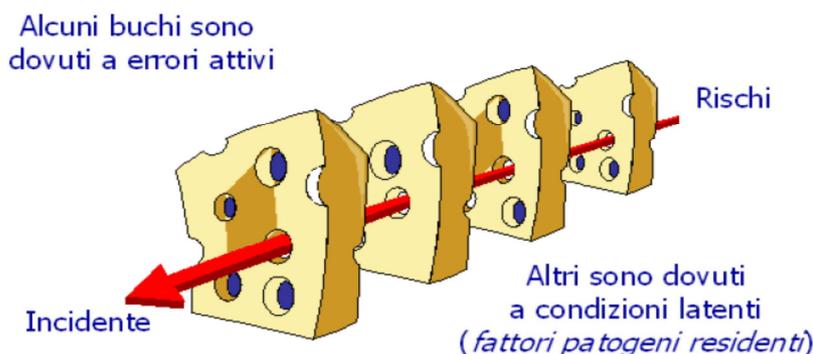
6. SITUAZIONE ATTUALE

Il tema dell'errore medico è sempre più presente nei media in questi anni. Se è corretto portare il tema all'attenzione dell'opinione pubblica e tematizzare la problematica per generare trasparenza, questo ha però, almeno parzialmente, contribuito a creare e sviluppare un clima di sfiducia generale nei confronti del mondo sanitario, con aumento dei contenziosi.

Sono poi entrati in scena diversi attori istituzionali con l'intento di trattare la questione degli errori medici e della gestione del rischio clinico in maniera costruttiva. Un ruolo importante a livello svizzero è svolto dalla Fondazione per la sicurezza dei pazienti (oggi: Sicurezza dei pazienti Svizzera), un centro di competenza creato nel 2003 dagli uffici federali della sanità pubblica (UFSP) e delle assicurazioni sociali (UFAS), da numerose associazioni professionali e dall'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM).

Anche le associazioni di categoria sono attive e partecipano nel dibattito per sensibilizzare i propri affiliati al tema dell'errore e per spronarli a un comportamento trasparente nei confronti dei pazienti e a un'analisi autocritica costruttiva dell'errore stesso. Citiamo come esempio un articolo molto istruttivo, "Fette di Emmenthal" apparso su Tribuna Medica Ticinese, dove un medico racconta la sua esperienza di un errore e tocca tutti i diversi aspetti legati all'errore commesso: l'analisi costruttiva dell'errore a scopo di miglioramento, l'informazione trasparente del paziente, il coinvolgimento dell'assicurazione di responsabilità civile, l'autodenuncia in magistratura.

Il modello del "Formaggio Svizzero"



Questa cultura dell'errore e, più in generale, di gestione del rischio clinico sta dunque gradualmente prendendo piede e vi è una maggiore consapevolezza del tema da parte dei professionisti del settore. Trattandosi di un cambiamento culturale, il processo è lento ma nel corso degli anni diverse strutture sanitarie del Cantone hanno introdotto delle politiche di gestione del rischio clinico che, tra le altre cose, raccomandano ed esortano una segnalazione interna degli errori in ambito sanitario e una discussione costruttiva degli stessi alla ricerca delle falle di sistema per poi mettere in atto quelle misure correttive utili a ridurre il rischio che un simile errore possa ripetersi.

Lo sviluppo, come avremo modo di vedere, avviene in maniera eterogenea all'interno delle diverse strutture. In alcuni casi vi è stata un'attribuzione di risorse importante, con l'assunzione di personale specificamente formato in questo ambito e la messa in atto di diversi strumenti di gestione del rischio clinico; in altri casi ci si è invece limitati a introdurre un sistema di segnalazione interno di eventi avversi del tipo CIRS (critical incident reporting system).

Sistema CIRS

Il CIRS non è altro che una modalità di raccolta strutturata delle segnalazioni spontanee da parte degli operatori sanitari, relative a eventi significativi per la sicurezza dei pazienti

Caratteristiche di un CIRS

Non punitivo: chi segnala non è oggetto di ritorsioni o punizioni, come risultato della propria segnalazione

Confidenziale: l'identità del paziente, di chi segnala e delle istituzioni coinvolte è trattata confidenzialmente

Indipendente: il sistema non dipende da alcuna autorità con potere di punire chi segnala o l'organizzazione coinvolta

Analizzato da esperti: le segnalazioni sono valutate da esperti in grado di capire le circostanze e formati per riconoscere le cause sistemiche sottostanti

Tempestivo: le segnalazioni sono analizzate tempestivamente e le raccomandazioni sono diffuse rapidamente tra tutti gli interessati, specialmente nel caso di eventi gravi

Orientato al sistema: fornisce informazioni al fine di produrre raccomandazioni per il cambiamento nei sistemi, nei processi o nei prodotti

Rispondente: chi raccoglie le segnalazioni deve essere in grado di diffondere le raccomandazioni e promuoverne l'applicazione nell'organizzazione

7. LE PROPOSTE DELLA MOZIONE

7.1 *Una campagna d'informazione sulla gestione e la prevenzione dell'errore medico*

La mozione propone come primo punto di predisporre una campagna d'informazione sulla gestione e la prevenzione dell'errore medico all'attenzione di tutti gli operatori sanitari del Cantone.

La gestione dell'errore in ambito sanitario, l'abbiamo visto, implica un cambiamento culturale e di paradigma; si tratta di un processo che avviene lentamente e che necessita una presa di coscienza e di consapevolezza da parte dei diversi professionisti del settore. Si tratta di un ambito nel quale un intervento "pesante" da parte dello Stato potrebbe apparire contraddittorio e, nel contesto legale attuale, risultare addirittura controproducente: da un lato si vorrebbe che lo stesso Stato favorisse lo sviluppo di politiche di gestione dell'errore trasparenti e costruttive, dall'altro lo Stato è oggi colui che vigila, sanziona e punisce in caso di errore o in caso di denuncia da parte dei pazienti.

Il rischio di diffondere involontariamente – con la campagna informativa - un messaggio negativo non va sottovalutato. I professionisti della salute rischierebbero di interpretare la scelta come una dichiarazione di sfiducia ed immobilismo nei loro confronti. La popolazione potrebbe leggere nell'intervento dello Stato una misura "urgente" e necessaria in un presunto contesto di pericolo interpretato dai pazienti come reale ed immediato.

Ciò non significa che lo Stato non abbia un ruolo importante da giocare. Già oggi, le autorità cantonali approfittano di ogni buona occasione, sia durante le loro attività ispettive, sia quando vengono consultate su dei casi concreti oppure ancora nel corso di congressi e conferenze, per consigliare e raccomandare ai diversi istituti e agli operatori sanitari in genere, l'introduzione di questa o quella misura di gestione del rischio clinico, con particolare riferimento proprio all'introduzione di sistemi di dichiarazione degli eventi avversi.

Tuttavia il contesto giuridico, come vedremo in seguito, non favorisce lo sviluppo di simili provvedimenti. Per questa ragione, crediamo che le autorità cantonali debbano continuare la loro costante attività di sensibilizzazione "a basso profilo" ricordando in ogni occasione quale sia la via giusta da percorrere e cercando di supportare gli sforzi effettuati in tal senso dagli istituti e dagli operatori. Peraltro, conscio del suo importante ruolo di "favoreggiatore" di questo processo, giova ancora ricordare che l'Ufficio del medico cantonale ha assunto proprio quest'anno un collaboratore con spiccate competenze in questo settore date dalla sua precedente decennale esperienza di responsabile qualità presso una struttura ospedaliera.

7.2 *Direttive vincolanti per la presa a carico degli errori medici*

Un sistema di dichiarazione degli errori deve essere fatto nel rispetto della sfera privata del paziente e deve godere di una certa "immunità". Per essere efficace, infatti, un simile sistema deve rendere possibile la raccolta di dati sensibili utili all'analisi dell'evento e una base legale specifica faciliterebbe il compito di chi gestisce una simile banca dati. Inoltre, chi segnala un errore, in particolare se un proprio errore (auto-segnalazione), deve poter godere di una certa immunità da parte dell'azienda stessa che si asterrà dal sanzionare il proprio collaboratore per l'errore commesso, e deve avere la garanzia che la sua segnalazione non sfocerà in una denuncia disciplinare nei suoi confronti. Ovviamente,

purché si tratti di un errore senza conseguenze o con conseguenze minime per il paziente; in caso contrario (lesione grave o morte in seguito a un errore medico), una segnalazione d'ufficio alla magistratura è obbligatoria. Nei confronti del paziente deve invece essere favorita un'informazione trasparente e tempestiva, tale da permettergli di far valere i suoi diritti se lo ritiene necessario.

A nostra conoscenza, in Svizzera finora solo il Canton Vallese ha inserito nella legge sanitaria cantonale una base legale specifica sulla gestione del rischio clinico con relativa Ordinanza e delle Direttive specifiche. Tale base legale obbliga per esempio gli istituti vallesani a mettere in atto un sistema CIRS e obbliga tutti i collaboratori a segnalare ogni evento avverso di cui è venuto a conoscenza, garantendo però al contempo l'immunità disciplinare per gli eventi avversi "semplici".

L'introduzione di simili registri per obbligo legale, voluti dal legislatore e gestiti dall'Esecutivo (che ha nel contempo ruolo sanzionatorio in caso di errore) rischierebbe di essere inutile fin dalla sua creazione: se non potrà infatti essere garantita dal principio discrezione e professionalità nei registri, determinerà la mancanza di fiducia nel sistema, che a sua volta determinerà che nessuno denunci i propri errori: non sarà quindi possibile imparare nulla, vanificando l'intero sforzo.

Giova comunque rilevare che nel contratto quadro di prestazione 2017-2020 per il finanziamento delle prestazioni ospedaliere stazionarie, sottoscritto da tutti gli istituti con il Consiglio di Stato, è tra l'altro espressamente prevista l'implementazione di un sistema interno di segnalazione dell'errore.

8. I LAVORI COMMISSIONALI

In data 25 ottobre la Commissione sanitaria ha sentito in audizione il medico cantonale Dr. Giorgio Merlani. Il medico cantonale conferma che la cultura dell'errore si stia diffondendo e che si sia oramai capito come il miglior sistema per affrontare la problematica sia dimenticare la strategia della sanzione per sostituirla con la strategia della condivisione e dell'analisi. Il presupposto consiste nel riconoscere la fallibilità dell'essere umano e nel riconoscere che nessuno sbaglia con l'intenzione di sbagliare. Si paragona il mondo della sanità al mondo dell'aviazione, mondo nel quale da tempo la cultura dell'errore si è insinuata dando ottimi frutti in termini di riduzione degli eventi avversi. Si riconosce la complessità del sistema sanitario e la necessità di usufruire di generazioni per infine avere un sistema il più sicuro possibile. Si riafferma la necessità e la fondamentale importanza di possedere un sistema che, mediante piattaforma informatica, raccolga le segnalazioni di qualsiasi supposto errore, evento avverso o evento sentinella che verranno poi analizzati da un apposito team che a sua volta determinerà la necessità di rivedere il processo del percorso-paziente.

Si riafferma la validità della legge sanitaria che all'articolo 68 impone che in caso di lesione grave o morte in seguito a un errore medico vi sia una segnalazione d'ufficio alla magistratura.

Si riafferma anche l'inadeguatezza di uno Stato interventista nella misura in cui lo stesso Stato ha anche l'obbligo di sanzionare. L'assenza di discrezione nei registri volti a raccogliere segnalazioni determina la mancanza di fiducia nel sistema, che a sua volta determina che nessuno denunci i propri errori. In assenza di segnalazioni cade il principio di imparare dalla condivisione dall'analisi dei propri errori, vanificando l'intero sforzo.

Si riafferma inoltre che nel contratto quadro di prestazione 2017-2020 per il finanziamento delle prestazioni ospedaliere stazionarie, sottoscritto da tutti gli istituti con il Consiglio di Stato, è espressamente prevista l'implementazione di un sistema interno di segnalazione dell'errore. Sebbene non venga specificata la tipologia ci si concentra soprattutto sul suo utilizzo che evidentemente deve essere conforme alla cultura dell'errore e non deve in alcun modo essere utilizzato a scopo sanzionatorio.

Confermando che il settore stazionario risponde alle esigenze di sicurezza asserisce che in ambito ambulatoriale si potrebbe introdurre, con le dovute differenze, qualcosa di simile.

Per mezzo del proprio segretariato signor Angelo Tomada la scrivente Commissione ha richiesto a tutte le strutture ospedaliere di prendere posizione nei riguardi della Mozione di Delcò-Petralli.

Risposte

L'Ente Ospedaliero Cantonale ha risposto in data 20.12.2011 con articolata ed esaustiva lettera. Si riassume come l'EOC disponga di un articolato sistema di segnalazione denominato Qualipoint introdotto già nel 2007. La sicurezza dei pazienti rappresenta per L'Ente un pilastro portante del sistema qualità. L'EOC promuove la cultura della sicurezza agendo con attività di formazione specifica e introducendo strumenti operativi a supporto delle attività di gestione del rischio clinico. Lo scopo è quello di rendere le proprie prestazioni più sicure mediante l'analisi dei dati rilevati, attraverso la revisione periodica delle cartelle cliniche, regolari audit, l'esame di reclami e contenziosi, la revisione dei processi, la vigilanza e il sistema di segnalazione interno.

L'organizzazione sociopsichiatrica cantonale ha risposto in data 02.02.2018. Essa, mediante il suo sistema gestione qualità, dispone di moduli per la rilevazione di errori medici e di moduli per la rilevazione degli errori inerenti la terapia farmacologica. Dispone inoltre di strumenti per la rilevazione di non conformità, in particolare moduli di segnalazione per cadute in psicogeriatrica, per incidenti con utenti CPC e delle altre strutture dell'OSC, moduli per segnalazioni da parte di utenti e famigliari. Organizza inoltre audit su temi specifici secondo le necessità.

La Clinica Luganese Moncucco ha risposto in data 07.09.2018. La clinica dispone dal 2006 di un sistema di rilevamento delle non conformità, dei reclami e delle proposte di miglioramento. Il sistema gestisce più di mille segnalazioni annue ed è coordinato da un Team Qualità interdisciplinare composto da una decina di collaboratori che rappresentano tutti i settori professionali presenti in Clinica. Si occupano dell'analisi dei dati sotto coordinamento del responsabile del Servizio Qualità a regime mensile.

La Clinica Ars Medica ha risposto in data 28.09.2018. Certifica che in clinica è in vigore un sistema di controllo che si basa sulla segnalazione spontanea di tutti gli eventi avversi, incidenti, quasi incidenti e non conformità. Critical Incident Reporting System che ha lo scopo di predisporre strategie e azioni di miglioramento in ambito preventivo. In base al tipo di evento segnalato vi è la convocazione immediata di un comitato ad hoc di gestione dell'evento, la gestione dello stesso da parte della direzione amministrativa e sanitaria, la gestione mediante il responsabile del servizio coinvolto.

La Clinica Santa Chiara ha risposto in data 12.09.2018. Riferisce di dotarsi del noto sistema CIRS dal 2015 in analogia a quanto viene applicato nella maggior parte degli Ospedali Svizzeri e che è anche conditio sine qua non per poter formare medici assistenti

in chirurgia e medicina interna secondo le indicazioni dell'Istituto Svizzero di Formazione Medica.

9. CONSIDERAZIONI COMMISSIONALI

Le discussioni in ambito commissionale hanno permesso di appurare come gli ospedali ticinesi dispongano di adeguati mezzi per la gestione dell'errore medico. Questo sulla scorta di una crescente cultura dell'errore senz'altro influenzata negli anni da plurimi fatti di cronaca che hanno posto attenzione mediatica sull'argomento. Le discussioni hanno inoltre permesso agli stessi Commissari di approfondire la tematica capendo che l'errore nei processi di cura non per forza determina un danno al paziente. Per questo motivo risulta difficile quantificare un fenomeno che appare comunque, grazie agli strumenti a disposizione dei nosocomi, sotto controllo.

La CS si allinea con il CdS concordando sul fatto che l'errore in ambito sanitario rappresenti un problema che deve essere affrontato e che le misure di gestione del rischio clinico siano indispensabili. Si ritiene tuttavia di confermare che il cambiamento culturale necessario per passare da una cultura della colpa a una cultura dell'errore sia un processo lento, già ampiamente innescato dal dibattito pubblico attuato nei media e dai diversi partner sanitari. Il personale sanitario sembra quindi ampiamente formato, informato e sensibilizzato. Informazione che invece sembra non aver ancora raggiunto il cittadino causando a volte situazioni conflittuali tra personale curante e paziente/famigliari. Un programma di sensibilizzazione andrebbe semmai indirizzato agli utenti dell'ospedale con l'intento di informare sulle procedure in vigore negli ospedali ticinesi.

Si concorda inoltre che l'intervento statale debba continuare ad essere "a basso profilo" sensibilizzando e supportando le strutture e gli operatori sanitari nella gestione del rischio clinico. Visto il suo ruolo primario nella sorveglianza delle strutture e degli operatori sanitari, chiedere allo Stato, nel contesto odierno, una maggiore implicazione nella promozione della gestione dell'errore medico potrebbe apparire, come ampiamente discusso precedentemente, contraddittorio e controproducente.

Se da una parte il consolidamento delle procedure CIRS sembrano avere trovato la loro giusta implementazione nel settore stazionario, nel settore ambulatoriale, a fronte di esigenze e peculiarità diverse, l'analisi dell'errore medico per mezzo di un sistema strutturato, alla pari del resto della Svizzera, ancora non ha trovato terreno fertile.

Rimane però degna di nota la volontà dell'OMCT di dotarsi, accanto all'attività della Commissione Deontologica, di una struttura organizzata che possa, in misura analoga alla medicina stazionaria, lavorare all'analisi degli errori nel sistema sanitario ambulatoriale.

I lavori commissionali hanno inoltre permesso di venire a conoscenza di un caso emblematico in cui è stata inoltrata formale richiesta di accesso ad un sistema informatico CIRS a fronte di un'indagine della Procura. Questa ingerenza ha messo evidentemente in allarme la Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera che per mezzo di una presa di posizione datata agosto 2016 esprimeva il proprio disappunto asserendo che le autorità penali dispongono di sufficienti mezzi di prova mediante cartella clinica, atti medici, testimoni, ecc., per condurre una procedura senza che vi sia la necessità di accedere alle segnalazioni contenute nei sistemi CIRS. Posizione condivisa dai vertici delle strutture ospedaliere svizzere.

10. CONCLUSIONI

La Commissione sanitaria, a fronte degli approfondimenti eseguiti, pur ritenendo la mozione degna di nota e dai lodevoli intenti, concorda con le conclusioni espresse nel messaggio del Consiglio di Stato e ritiene quindi di non accogliere la mozione così come formulata dai mozionanti.

Si condivide inoltre che in tema di responsabilità medica i mezzi di prova a cui le indagini penali possono attingere permettono di accertare i fatti senza che vi sia la necessità di intaccare un sistema di segnalazione riconosciuto internazionalmente come miglior misura per aumentare in modo continuo e duraturo la sicurezza delle cure. Si condivide la ragionevole preoccupazione che l'intera impostazione del CIRS possa essere messa a rischio se non vanificata. Il timore di incorrere in un'indagine nel caso di evento avverso metterebbe l'operatore nella posizione di non segnalare.

Si invita pertanto il Consiglio di Stato, per il tramite dell'ufficio del Medico cantonale, a farsi portavoce della problematica presso le Autorità federali competenti in materia affinché il CIRS venga tutelato nella sua funzione.

Per la Commissione speciale sanitaria:

Simone Ghisla, relatore

Bosia Mirra - Campana - Casalini -

Crugnola - Galusero - Ghisletta - Guscio -

Jelmini - La Mantia - Morisoli - Pagani G. -

Pagani L. - Polli - Robbiani