

# Messaggio

numero

**7408**

data

6 settembre 2017

Dipartimento

**SANITÀ E SOCIALITÀ**

Concerne

## **Rapporto del Consiglio di Stato sulla mozione 15 aprile 2013 presentata da Michela Delcò Petralli per il Gruppo dei Verdi «Gestione dell'errore medico in Ticino»**

Signor Presidente,  
signore e signori deputati,

la mozione summenzionata 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.

La mozione prende spunto dalla constatazione di un fenomeno, quello dell'errore medico, su scala mondiale attestato da numerose pubblicazioni, molte delle quali riferiscono di errori legati all'uso dei farmaci (errori di trattamento, di somministrazione, di dosaggio, ecc.). Gli errori medici figurano tra le principali cause di mortalità e di costi per il sistema sanitario, per cui appare opportuno mettere in atto misure appropriate per prevenirli.

### **1. INTRODUZIONE: IL VOCABOLARIO DI BASE**

Per evitare malintesi di comprensione ci sembra utile in entrata stilare un glossario minimo con la definizione di alcuni termini.

- 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.

## 2. L'ENTITÀ DEL PROBLEMA

A livello internazionale, l'attenzione sul fenomeno dell'errore medico è stata richiamata 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.

Per il nostro Paese, secondo la Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera<sup>1</sup>, 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.

La letteratura mondiale non è tuttavia unanime nella stima dei dati e nella definizione di decesso legato ad errore medico. I dati americani spaziano da 14<sup>2</sup> a 400'000<sup>3</sup> morti all'anno imputabili all'errore medico. Questi dati vanno quindi analizzati con prudenza, anche perché davanti a questi numeri di morti la sensazione d'ineluttabilità e impotenza, genera paradossalmente una sorta di accettazione del fenomeno. Gli studi che quantificano poi il fenomeno in maniera vieppiù precisa, analizzando meglio i dati di anno in anno, identificano spesso un impatto crescente dell'errore medico. In un sistema sanitario che si impegna da anni per migliorare la sicurezza dei pazienti, questi dati rischiano di far apparire vani gli sforzi fin qui fatti e rischiano di generare un disimpegno ed un crollo degli investimenti nella sicurezza per i pazienti.

Sia come sia, 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.

---

<sup>1</sup> Sécurité des patients - Communiqué de presse, 30 novembre 2011 : [www.patientensicherheit.ch/dms/fr/medien/medierversaende/Communique\\_securite\\_patients\\_f/Communique%C3%A9%20de%20presse%20du%2030%20novembre%202011.pdf](http://www.patientensicherheit.ch/dms/fr/medien/medierversaende/Communique_securite_patients_f/Communique%C3%A9%20de%20presse%20du%2030%20novembre%202011.pdf)

<sup>2</sup> Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General. Adverse events in hospitals: case study of incidence among medicare beneficiaries in two selected counties. Washington DC, 2008.

<sup>3</sup> James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf 2013;9:122-8.

### 3. 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 degli errori. Le cause di questi errori non sono sostanzialmente già note: l'abitudine, le interruzioni, l'ansia, la stanchezza, la paura, le distrazioni, la fretta, ecc.

Nessuno commette errori di proposito ma nessuno ammetterà mai un errore se per questo viene punito. *“C'è troppa cultura della colpa in sanità. Quando le cose vanno male, la risposta consiste nel cercare una o due persone da incolpare, che possono poi essere oggetto di misure disciplinari o di censura professionale. Ciò non significa che in determinate circostanze non si debba tener conto anche delle responsabilità individuali, ma tale approccio, essendo predominante, rappresenta un significativo deterrente alla segnalazione di eventi avversi e di near miss”* (Department of Health, USA, 2000).

*“Negli Stati Uniti pazienti e medici vivono e interagiscono sempre più in una cultura caratterizzata da rabbia, biasimo, colpa, paura, frustrazione e sfiducia. Il pubblico ha reagito con l'aggravamento delle punizioni per gli errori. I medici e alcune organizzazioni sanitarie hanno generalmente reagito con l'occultamento, l'ostruzionismo e l'insabbiamento. Questo approccio è stato tutt'altro che un successo”* (Leape et al., 1998).

È dunque importante creare una cultura dell'errore che si focalizzi sul sistema e non più sulle persone e sulla performance individuale. Infatti, per parafrasare ancora il Dr Lucian Leape della Harvard School of Public Health, le persone incompetenti sono l'1% del problema, l'altro 99% sono brave persone che tentano di fare un buon lavoro e che fanno errori banali perché il sistema li pone nella condizione di farli. Idealmente il sistema dovrebbe invece ridurre la possibilità di errore. 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.

#### **4. 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). Sicurezza dei pazienti Svizzera svolge diverse attività con lo scopo di migliorare la sicurezza dei pazienti ed evitare gli errori in ambito sanitario. Due soli esempi recenti: la settimana della sicurezza<sup>4</sup> organizzata annualmente dalla Fondazione, nel 2017 ha luogo dal 17 al 22 settembre e con lo slogan "Speak up – Quando il silenzio è pericoloso" vuole mettere l'accento sul tema di una corretta e chiara comunicazione (col paziente, tra operatori, coi familiari,...) per evitare gli errori. Il secondo esempio, a sottolineare la natura sistemica dell'errore, è il dibattito lanciato dalla Fondazione in aprile 2017 sull'ambiente ospedaliero inteso come infrastruttura ("Ambienti configurati male aumentano gli errori!"<sup>5</sup>); infatti, se architettura e design tenessero conto dei fattori di sicurezza, sarebbe possibile ridurre significativamente gli errori e gli incidenti evitabili.

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<sup>6</sup>, 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.

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

---

<sup>4</sup> <http://www.semainedaction-securedespatients.ch/aw/it/aktionswoche-2017.html>

<sup>5</sup> [http://www.patientensicherheit.ch/dms/de/medien/Medienmitteilungen/MM-2017/170406-MM-Sicurezza-dei-pazienti-e-design\\_1/170406%20MM%20Sicurezza%20dei%20pazienti%20e%20design\\_1.pdf](http://www.patientensicherheit.ch/dms/de/medien/Medienmitteilungen/MM-2017/170406-MM-Sicurezza-dei-pazienti-e-design_1/170406%20MM%20Sicurezza%20dei%20pazienti%20e%20design_1.pdf)

<sup>6</sup> Fette di Emmenthal, Tribuna Medica Ticinese, aprile 2016.

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 avviene invero in maniera eterogenea all'interno delle diverse strutture. In alcuni casi vi è stata un'attribuzione di risorse importanti, 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).

Ribadiamo che su un piano globale, il contesto giuridico e conflittuale legato agli errori medici, con l'aumento del numero di contenziosi, non facilita l'introduzione di soluzioni che prevedono una discussione aperta e trasparente degli errori medici da parte degli operatori del settore.

## **5. LE PROPOSTE DELLA MOZIONE**

### **5.1 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.

## **5.2 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<sup>7</sup> con relativa Ordinanza<sup>8</sup> e delle Direttive<sup>9</sup> 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.

In questo contesto crediamo che, alla luce di quanto detto in precedenza, la redazione di direttive vincolanti sia in Ticino un passo oggi azzardato e controproducente.

---

<sup>7</sup> Loi sur la santé, Chapitre 5: Qualité des soins et sécurité des patients : [https://apps.vs.ch/legxml/site/laws\\_pdf.php?ID=489&MODE=2](https://apps.vs.ch/legxml/site/laws_pdf.php?ID=489&MODE=2)

<sup>8</sup> Ordonnance sur la qualité des soins et la sécurité des patients : [https://apps.vs.ch/legxml/site/laws\\_pdf.php?ID=1963&MODE=2](https://apps.vs.ch/legxml/site/laws_pdf.php?ID=1963&MODE=2)

<sup>9</sup> Lignes directrices pour une politique de surveillance de la qualité des soins : <https://www.vs.ch/documents/40893/433952/Lignes+directrices+qualit%C3%A9+des+soins/1ee75272-8928-4860-9850-c5847e70c845>

## 6. CONCLUSIONE

Il Consiglio di Stato ha preso atto della Mozione citata e a seguito della valutazione e degli approfondimenti effettuati dal Dipartimento della sanità e della socialità ha ritenuto solo parzialmente valida la richiesta avanzata e giudica di non poter accogliere la stessa, così come formulata dai mozionanti.

Sebbene si concordi sul fatto che l'errore in ambito sanitario rappresenti un problema che deve essere affrontato e che l'introduzione di misure di gestione del rischio clinico siano indispensabili, si ritiene tuttavia 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. Lo Stato, tramite i propri uffici, è oggi uno degli attori principali e svolge un'azione costante "a basso profilo" atta a sensibilizzare e supportare 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 sarebbe controproducente.

Il Consiglio di Stato non valuta possibile emanare direttive vincolanti che obblighino istituti e operatori a dotarsi di un sistema strutturato e performante di gestione degli errori. Un'iniziativa generalizzata in questa direzione, accanto in particolare agli impegni già assunti dalle strutture ospedaliere nel contratto di prestazione, non sarebbe conveniente e andrebbe a ostacolare il processo già in atto.

Il Consiglio di Stato accoglie e condivide il dibattito che la mozione genera, ma respinge i contenuti e le proposte della stessa, ritenendola evasa con il presente messaggio.

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Vicepresidente, Claudio Zali

Il Cancelliere, Arnoldo Coduri

Annessa: Mozione 15 aprile 2013

## MOZIONE

### Gestione dell'errore medico in Ticino

del 15 aprile 2013

L'errore medico è un aspetto dell'attività sanitaria piuttosto sottaciuto e poco considerato. Approfondito e trattato con la dovuta attenzione, potrebbe rivelarsi molto utile per migliorare le cure mediche, per prevenire complicazioni potenzialmente gravi e per ridurre i costi della salute.

Cosa s'intende per "errore medico"? Nella letteratura scientifica anglosassone si utilizza l'espressione "critical incident", inteso come situazione pericolosa apparsa in modo inatteso e che ha portato ad un esito indesiderato, cioè ad un danno fisico o psichico ad un paziente. Se dei danni hanno per finire potuto essere evitati, si parla di "quasi-incidente". ([http://www.kollegium.ch/cirs\\_f.html](http://www.kollegium.ch/cirs_f.html))

Negli Stati Uniti con 98'000 decessi all'anno su una popolazione di 312 milioni l'errore medico è la sesta causa di morte (<http://www.justice.org/cps/rde/justice/hs.xsl/8677.htm>), il che corrisponde ad un costo di 29 miliardi di dollari.

Alcuni ricercatori della scuola di medicina di Harvard hanno stabilito che circa il 18% dei pazienti ospedalizzati subisce un errore medico in grado di metterne in pericolo la vita.

Il CMS (Center for Medicare & Medicaid Services) ha riconosciuto negli ultimi anni il potenziale di risparmio sui costi della salute attraverso il contenimento degli errori medici. Non coprendo più le spese per gli errori medici dal 2008, ha incentivato gli ospedali statunitensi a preoccuparsi maggiormente della sicurezza dei pazienti. Si è calcolato così un risparmio di 21 milioni di dollari all'anno.

A livello europeo nel 2005 è stato lanciato un sondaggio nei paesi membri per esplorare la percezione, le esperienze e le implicazioni pratiche dei cittadini europei su questo tema. ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_241\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_241_en.pdf)) Il risultato globale è stato che:

- il 40% dei cittadini europei si ritengono preoccupati per un possibile errore medico, mentre il 58% non lo sono
- quasi un quarto dei cittadini hanno avuto esperienze personali di errori medici
- la metà pensa che un errore medico possa avvenire nel proprio ospedale
- la maggior parte ritengono che la prevenzione dell'errore medico sia compito del sistema sanitario
- donne, persone poco scolarizzate, anziani, casalinghe, disoccupati e pensionati sembrano le categorie più preoccupate dell'errore medico.

La Commissione europea vorrebbe che gli stati membri potessero condividere le informazioni su questi errori con lo scopo di migliorare la sicurezza dei pazienti.

Uno studio austriaco (<http://www.medicalprotection.org/world/latest-news/medication-errors-in-ICUs-down-to-lack-of-basic-organisation>) su 27 paesi europei ha monitorato 130 reparti di cure intense per 24 ore responsabili delle cure di 1'328 pazienti, chiedendo a medici e infermieri di segnalare gli errori medici (per tipo di errore, tipo e classe di farmaco somministrato). Lo studio ha trovato che durante queste 24 ore il 19% dei pazienti aveva subito un errore medico e il 14% più di uno (861 errori su 441 pazienti di cui 12 avevano subito danni permanenti o morte):

- errore nel momento della somministrazione di farmaci (386)
- non trattamento (259)
- dosaggio errato di farmaco (118)
- somministrazione farmaco errato (61)
- via di somministrazione errata (37)



Lo staff medico si era lamentato dei turni pesanti (con stress e fatica) come maggiore fattore di errore medico. Seguito dalla confusione generata dal cambiamento di nome di un farmaco, dalla scarsa comunicazione scritta e orale e dalla violazione dei protocolli standard.

Nel 2003 è stato costituito all'interno del Consiglio europeo un gruppo di esperti sulla Sicurezza delle pratiche mediche per lavorare nella prevenzione degli eventi avversi provocati dagli errori medici ([http://www.coe.int/t/e/social\\_cohesion/soc-sp/medication%20safety%20culture%20report%20e.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/medication%20safety%20culture%20report%20e.pdf)).

Questo gruppo ha pubblicato sul tema un rapporto internazionale che rappresenta una prima a livello europeo. Il rapporto ha anche lo scopo di guidare le autorità sanitarie, i governi, le agenzie, le aziende farmaceutiche, i medici ed i pazienti dei vari paesi europei ad attuare a livello nazionale e locale gli standard europei sulla sicurezza medica. È stato appurato che i dati disponibili in Europa sulla mortalità da errore medico sono comparabili a quelli americani. Tra 0.9% e 4.7% dei ricoveri nei reparti di medicina interna e cure intense sono causati da errori di somministrazione di farmaci. A livello europeo c'è una mancanza di gestione dell'errore medico.

Le raccomandazioni di questa pubblicazione prevedono:

- utilizzazione di rapporti sugli errori medici nelle cure primarie e negli ospedali a livello locale, nazionale ed europeo
- utilizzazione di una terminologia comune per facilitare lo scambio d'informazioni a livello europeo distinguendo tra errori medici legati alle pratiche, legati agli effetti collaterali di farmaci e legati alla sicurezza dei farmaci
- creare una cultura della sicurezza a tutti i livelli (locale, nazionale ed europeo)
- istituire un punto focale riconosciuto a livello nazionale per pratiche mediche sicure complementare ai sistemi di farmacovigilanza, basato su un sistema nazionale che riporti gli errori medici analizzandone le cause e divulghi l'informazione sulla riduzione del rischio e sulla prevenzione.

A livello ticinese alcuni primi passi in questo ambito sono stati fatti all'interno degli ospedali dell'EOC con l'adesione ad una centrale di dichiarazione anonimizzata di errori medici. Il margine di manovra per migliorare la gestione degli errori medici rimane però ancora ampio: a nostra conoscenza viene interamente lasciata all'iniziativa individuale nel settore della medicina ambulatoriale, ma anche in quelli delle cliniche private e degli altri istituti di cura, case per anziani comprese.

Nell'intento di contribuire a ridurre i costi della salute, ma anche di migliorare le cure mediche e prevenire complicazioni potenzialmente gravi chiediamo al Consiglio di Stato di:

1. predisporre una campagna d'informazione sulla gestione e la prevenzione dell'errore medico all'attenzione di tutti gli operatori sanitari del Cantone;
2. collaborare con gli istituti di cura e con le associazioni di categoria (per es.: Ordine dei medici del Canton Ticino, Associazione cliniche private ticinesi,...) per l'elaborazione di direttive volte a prendere a carico gli errori medici.

Per il Gruppo dei Verdi  
Michela Delcò Petralli