

Repubblica e Cantone Ticino
Consiglio di Stato
Piazza Governo 6
Casella postale 2170
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 43 20
fax +41 91 814 44 35
e-mail can-sc@ti.ch

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Signor
Omar Terraneo e cofirmatari
Deputati al Gran Consiglio

Interrogazione 19 novembre 2018 n. 173.18 EOC sotto la lente: errori medici e fuga di collaboratori

Signori deputati,

l'interrogazione menzionata in epigrafe riunisce tre temi in realtà distinti. In effetti le prime domande riguardano il tema dell'errore medico, le successive concernono la conoscenza di una seconda lingua nazionale da parte del personale medico e le ultime si soffermano su casi di dimissioni presso l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) e sulla precedenza nelle assunzioni di medici con laurea svizzera. Appare invero fuorviante dare l'impressione che questi temi siano direttamente connessi e che vi sia pertanto una correlazione tra l'origine degli operatori sanitari e la qualità delle cure erogate e degli errori insorti.

Il tema dell'errore medico solleva giustamente un importante interesse. Quando poi eventi avversi (cioè errori che causano un danno ad un paziente derivante dalla gestione sanitaria e non dalla malattia stessa) giungono all'attenzione mediatica, sembrano rimettere in questione il funzionamento stesso di tutto il sistema sanitario. Al riguardo giova riprendere alcuni stralci del Messaggio n. 7408 del 6 settembre 2017 in risposta a una mozione sulla gestione dell'errore medico in Ticino, menzionata anche nel testo dell'interrogazione, in cui si affermava che:

“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, 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 a 400'000 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."

Dopo questa necessaria premessa, rispondiamo come segue alle singole domande.

1. Quanti sono gli errori medici in Ticino riscontrati nel 2017 e nel 2018?

Il numero di errori non è attivamente registrato e quindi non ne conosciamo il numero preciso. Il dato tuttavia non sarebbe significativo poiché la variazione del tipo e della gravità degli errori non permetterebbe alcun paragone tra strutture virtuose o meno. Anzi, potrebbe esservi il rischio che le strutture più virtuose nella segnalazione registrerebbero, grazie ad una maggiore attenzione e ad una maggiore partecipazione del proprio personale, un numero più elevato di errori ed eventi avversi, distorcendo così la percezione di qualità ed efficacia nella cura.

Importante è che ci sia un sistema di gestione dell'errore che permetta di identificarlo, analizzarlo e trovare le misure da mettere in atto per evitare che esso si ripeta. Il numero delle segnalazioni fatte ad esempio dai collaboratori dell'EOC all'interno del sistema denominato "Qualypoint" si misura in centinaia ogni anno, a dimostrazione che il sistema è ben integrato nell'organizzazione aziendale ed è utilizzato dai collaboratori in maniera trasparente e costruttiva, con l'obiettivo virtuoso di segnalare ed imparare dagli errori.

2. Come valuta l'efficienza e l'efficacia del sistema di controllo dei processi messo in atto attualmente dall'EOC per scongiurare errori in ambito sanitario?

L'EOC ha introdotto e implementato già da tempo un sistema di rilevamento e gestione degli errori e degli eventi avversi. Dal 2007, infatti, l'organizzazione di ogni ospedale e istituto EOC prevede un Servizio qualità e sicurezza dei pazienti responsabile della gestione del sistema "Qualypoint". Il suo funzionamento prevede la segnalazione, da parte dei collaboratori, degli errori occorsi nello svolgimento della propria attività. Queste segnalazioni, catalogate e gestite con dovizia dai diversi Servizi qualità e sicurezza dei pazienti, sono analizzate dai Team qualità – gruppi inter-multi-disciplinari composti da medici e infermieri (e, al bisogno, da altri professionisti sanitari, quali ad esempio il farmacista) – che, con il supporto metodologico di un esperto in qualità, valutano l'accaduto con l'obiettivo di individuare i possibili miglioramenti volti ad evitare il ripetersi delle avversità.

Il Qualypoint rappresenta quindi lo strumento per l'acquisizione sistematica di eventi critici, che rappresentano o potrebbero rappresentare un pericolo per la salute dei pazienti. L'obiettivo perseguito dalla raccolta di tali eventi è quello di analizzarli in modo sistemico, al fine di adottare, se del caso, le necessarie misure per aumentare il livello di sicurezza e la qualità delle prestazioni, nonché per promuovere negli operatori sanitari una cultura della trasparenza nel trattamento degli errori.

Le risorse dedicate dall'EOC alla sicurezza dei pazienti, la collaborazione di tutti i professionisti sanitari implicati nella cura del paziente nonché il coinvolgimento di quest'ultimo nel processo diagnostico-terapeutico e assistenziale, il sistema attuato per rilevare le problematiche così come il rigore metodologico della fase di analisi dei problemi e di definizione, attuazione e monitoraggio delle azioni di miglioramento, attestano la buona efficienza ed efficacia del sistema messo in atto.

È opportuno aggiungere che l'efficacia dei sistemi di segnalazione poggia su due principi cardini: la confidenzialità e l'indipendenza. Se le segnalazioni dovessero diventare accessibili ad esempio alle autorità di perseguimento penale, l'obiettivo di aumentare la sicurezza nel trattamento dei pazienti potrebbe venir vanificato. Gli operatori sanitari, infatti, potrebbero divenire reticenti nel palesare, anche solo dal profilo soggettivo, colpe, omissioni, rispettivamente errori propri o di terzi, come colleghi o superiori. Sulla questione vi è grande sensibilità da parte della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera e il tema è approdato anche alle Camere federali, che hanno demandato all'UFSP l'esecuzione di una perizia i cui risultati sono attesi prossimamente.

3. Quanti sono e come valuta gli interventi giornalieri a cui sono sottoposti i chirurghi ed i loro staff che operano all'interno delle strutture dell'EOC?

L'organizzazione dei turni di lavoro e dell'attività operatoria è pianificata nel rispetto della legge federale sul lavoro e di severi criteri di sicurezza, in base ai quali vi sono, per esempio, dei tempi tecnici da ossequiare prima e dopo ogni intervento chirurgico al fine di permettere i necessari controlli di qualità e sicurezza. Un altro esempio ben conosciuto è l'esecuzione della procedura del time out, che rappresenta l'ultimo controllo di sicurezza ed è obbligatorio in EOC prima di iniziare ogni operazione. L'attività chirurgica prevede poi, per sua stessa natura, delle urgenze non prevedibili a priori ma previste nella pianificazione dell'attività giornaliera di sala, che prevede spazi e personale dedicati.

I controlli effettuati in sede di ispezioni in merito alla pianificazione ed ai protocolli sono adeguati a ridurre al minimo i rischi comunque insiti in una attività obiettivamente critica.

4. L'introduzione dell'obbligatorietà della conoscenza di una seconda lingua nazionale ha comportato o comporterà maggiori difficoltà all'EOC nell'assunzione di nuovi medici?

Notoriamente il personale medico formato in Svizzera non è sufficiente per far fronte al fabbisogno, soprattutto nell'attività ospedaliera. Di conseguenza per poter occupare le posizioni in organico è necessario, in tutti i Cantoni, fare massiccio ricorso a medici provenienti dall'estero. Il bacino naturale per il Ticino è chiaramente l'Italia. Per di più, la revisione della legge federale sulle professioni mediche universitarie (LPMed) entrata in vigore il 1° gennaio 2018, ha sancito l'obbligo di conoscenza della lingua del posto come requisito per l'autorizzazione ad esercitare (art. 36 cpv. 1 lett. c LPMed).

In questo contesto, l'obbligo di conoscere anche una seconda lingua nazionale introdotto dal Gran Consiglio nell'ambito della revisione della legge sanitaria approvata a fine 2017 (art. 56 cpv. 2 lett. a LSan), porrebbe certamente all'EOC ingenti difficoltà, con il concreto rischio di non poter reclutare gli effettivi necessari per fornire prestazioni adeguate. Basti pensare che attualmente, a fronte della carenza di medici laureati in Svizzera, i medici assistenti e medici capoclinica italiani attivi presso l'EOC superano il 60% dell'effettivo. Pochi di essi sanno il tedesco o il francese, anche perché da tempo in Italia la lingua straniera insegnata nelle scuole è l'inglese. L'EOC ha del resto fatto presente alla Commissione parlamentare le criticità che questo requisito avrebbe posto e, dopo che lo stesso è stato confermato nella legge, mosso dalla preoccupazione di poter continuare ad assicurare le cure mediche ai pazienti, ha impugnato la norma controversa al Tribunale federale. Il ricorso è tuttora pendente.

5. È indispensabile la conoscenza di una lingua nazionale oltre all'italiano per seguire in modo eccellente la cura del paziente?

Il Gran Consiglio ha risposto affermativamente a questa questione. In particolare, come risulta dal Rapporto n. 7227 della Commissione speciale sanitaria sulla revisione della LSan, ha ritenuto

fondamentale per gli operatori sanitari, in particolare i medici e i farmacisti e più in generale per le professioni universitarie regolamentate dalla LPMed, la conoscenza di una seconda lingua nazionale (francese o tedesco) anche in considerazione del fatto che la farmacopea, fondamentale strumento di lavoro, era disponibile solo in queste due lingue e che i rapporti con colleghi e ospedali confederati avvengono di regola in queste lingue.

Sarà l'attesa sentenza del Tribunale federale, adito su questo aspetto oltre che dall'EOC anche da alcuni medici e cliniche private, a decretare se l'obbligo sancito dal Gran Consiglio sia ammissibile per rapporto ai diritti costituzionali e al diritto internazionale di cui i ricorrenti hanno lamentato la violazione, segnatamente la forza derogatoria del diritto federale, la libertà economica e l'Accordo sulla libera circolazione delle persone tra la Svizzera e l'Unione europea.

6. Il CdS è a conoscenza delle dimissioni di alcuni medici con laurea svizzera a seguito di assunzioni e/o promozioni all'interno dell'EOC di medici con laurea estera?

Per quanto osservabile dallo scrivente Consiglio, l'EOC ha sempre privilegiato le scelte dei collaboratori sulla base delle competenze necessarie e possedute dai candidati all'assunzione e alla promozione in ruoli di responsabilità, con l'intendimento di poter offrire le cure migliori. In queste valutazioni viene considerato anche il grado di integrazione dei diversi candidati, magari con laurea all'estero ma residenti da tempo in Ticino, nella realtà sanitaria cantonale. È possibile che in alcuni casi le scelte dell'EOC abbiano portato a dimissioni di medici, anche con titolo svizzero, attivi presso lo stesso Ente, sulla base di valutazioni dissonanti dalle proprie aspettative di carriera ma anche dalle proprie competenze e potenzialità di sviluppo. Questi casi isolati non possono tuttavia essere generalizzati in un giudizio di inadeguatezza del livello della formazione svizzera, ma vanno riportati alla fattispecie individuale.

7. Il CdS difende la precedenza in ambito medico di laureati ticinesi o svizzeri per creare una solida base sanitaria nel nostro Cantone nei decenni futuri?

Se applicati con attenzione, come nei casi citati in precedenza, gli intendimenti dell'iniziativa "Prima i nostri" non sono certo di ostacolo a una politica sanitaria volta all'eccellenza delle cure. Del resto, l'ancoraggio del principio nelle diverse leggi settoriali, compresa la legge sull'Ente Ospedaliero Cantonale (LEOC), prevede che la preferenza indigena debba valere "a parità di requisiti e qualifiche e salvaguardando gli obiettivi aziendali". Il principio della precedenza ai laureati ticinesi o svizzeri può effettivamente contribuire alla creazione di una solida base sanitaria, come sostenuto nell'interrogazione, se tuttavia accompagnato da una rigorosa valutazione delle competenze possedute.

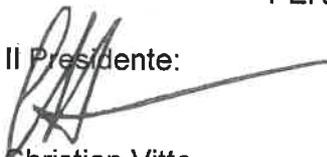
Questa attenzione nelle assunzioni e nelle promozioni si inserisce però, come già ricordato, in un contesto di scarsità di laureati ticinesi o svizzeri attivi nei nostri ospedali per rapporto al numero totale di medici. Il fenomeno è noto da tempo e si basa su un grave problema formativo in Svizzera, dove si laurea solo circa un quarto dei nuovi medici (vengono rilasciati circa 1'000 diplomi federali all'anno a fronte di oltre 3'000 diplomi riconosciuti). Per cercare di farvi fronte, la Confederazione ha promosso un programma che prevede lo stanziamento di oltre 100 milioni di franchi per aumentare fino a 1'350 unità il numero di neodiplomati in medicina umana, con un incremento di 450 nuovi medici all'anno rispetto al 2016. Sul piano cantonale si inserisce in tale contesto la creazione della facoltà di scienze biomediche dell'USI, che permetterà la formazione di una settantina di nuovi medici all'anno. Questo incremento contribuirà a limitare l'esigenza di assumere medici provenienti dall'estero.

Il tempo impiegato per l'elaborazione della presente risposta ammonta complessivamente a 10 ore lavorative.

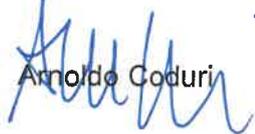
Vogliate gradire, signori deputati, l'espressione della nostra stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:


Christian Vitta

Il Cancelliere:


Arnaldo Coduri

Copia:

- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Ufficio del medico cantonale (dss-umc@ti.ch)