

30MILA L'ANNO, SU DECINE DI MILIONI DI PRESTAZIONI EROGATE, GLI EVENTI AVVERSI REGISTRATI DALLA FIASO. E LE CONCAUSE SONO TUTTE NOTE.

C'È POCA ATTENZIONE PER LA SICUREZZA

Errori in camice bianco: il Sistema è malato e ha bisogno di cure

• ELEONORA CIRANT

A Bergamo un bambino di pochi mesi soffoca per un rigurgito: è troppo tardi quando arriva in ospedale in blocco cardiaco. A Foggia, a pochi giorni uno dall'altro, muoiono per sospetta setticemia due neonati ricoverati in Terapia intensiva degli Ospedali Riuniti, 30 gli indagati dalla Procura, tra personale medico, ostetrici e dirigenti. A una bambina di Catanzaro ingessano il braccio sano anziché quello rotto. A Bari un uomo di 80 anni cade dall'ambulanza e muore. È pisano l'imprenditore ventinovenne deceduto poche ore dopo essere stato dimesso dal Pronto soccorso dove si era presentato con un dolore al petto.

È un concentrato di cattive notizie quello che si abbatte sulla sanità italiana, da Nord a Sud, nei primi giorni di gennaio. Tanto da riaprire l'annoso capitolo della "malasanità".

Gli episodi citati sono riconducibili a cause diverse, sulle quali stanno indagando gli inquirenti, nei casi di Bari e Foggia, anche il ministero della Salute. Ma hanno un comune denominatore: la **sicurezza** in ambito sanitario. Un tecnico parlerebbe di **gestione del rischio** in sanità. Perché non c'è

scampo: errori e fallimenti sono potenzialmente associati a ogni intervento medico. Ma si possono contenere al massimo.

Primo, non nuocere

Se vuoi curare, per prima cosa non arrecare danno al paziente. Lo aveva già ben presente problema Ippocrate, quasi 2500 anni fa. Ce lo ricorda **Sergio Bovenga**, presidente dell'Ordine dei medici di Grosseto e Clinical risk manager dell'Azienda Usl 9 di Grosseto, eppure, dice, "il processo che riguarda la sicurezza in sanità è partito da poco, e non solo in Italia. Risale a una decina di anni fa il documento dell'Institute of Medicine che, per primo negli Usa e nel mondo, mette a fuoco il tema in modo preciso. Se errare è umano, si tratta di capire come un sistema complesso come quello sanitario possa imparare dai propri errori".

Su quanti, e quali, sono gli errori i dati tuttavia scarseggiano. La **Fiaso**, Federazione italiana delle Aziende sanitarie e ospedaliere, conta **30mila eventi** avversi l'anno, lo 0,2% delle decine di milioni di prestazioni erogate dal Sistema sanitario, circa l'85% dei quali è da ricondurre a problemi organizzativi. Così anche il Rapporto 2000 dell'Oms:

"La maggioranza degli errori dei medici non è attribuibile alla capacità dell'individuo, ma al sistema che deve essere reso sicuro".

Quanto al Tribunale del malato di Cittadinanzattiva, le segnalazioni dei cittadini ai suoi sportelli mettono in rilievo una **tendenza costante** nella denuncia della malpractice, cioè inefficienza o negligenza del personale e del sistema, che con il 18% si conferma come il principale tra i problemi segnalati. Tra le tipologie di sospetti errori: gli interventi (58%) e le diagnosi errate (26%), in ortopedia (17,5%), oncologia (13,9%), ginecologia e ostetricia (7,7%), chirurgia generale e oculistica (5,4%), odontoiatria (5,2%), emergenza e pronto soccorso (2,8%).

Il ministero della Salute, da parte sua, ha attivato un monitoraggio dell'incidenza dell'**evento sentinella**, ovvero "evento avverso, particolarmente grave, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario". Nel rapporto 2009, che fotografa i primi **4 anni di attività**, subito dopo il suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale (22,9%) e prima dei danni o morte da intervento chirurgico (9,3%) e da dimenticanza nel corpo di strumento o altro materiale uti-

lizzato nel corso dell'intervento (8,8%), figura al **secondo posto** nella triste classifica degli eventi sentinella segnalati con più frequenza, col **17,1%**, "ogni altro evento che causa morte o grave danno al paziente", dicitura generica che dovrà essere messa a punto. Le discipline più colpite: ostetricia e ginecologia, seguite da chirurgia generale, medicina generale, ortopedia e traumatologia.

Il Rapporto si fonda su **385 segnalazioni**, ma non dice quante e quali Aziende sanitarie abbiano partecipato alla raccolta dei dati. "La segnalazione è su base volontaristica", conferma Bovenga, "affidata alla responsabilità delle singole Aziende. Sono più attente a raccogliere dati quelle che hanno una cultura della sicurezza, che dovrà sostituirsi nel tempo alla cultura della colpa. Altrimenti avremo di volta in volta individuato un colpevole, ma senza rimuovere le cause dell'errore".

Ci vuole trasparenza

Come si creano le condizioni per una cultura della sicurezza? "La **formazione** innanzitutto", spiega Bovenga. "Nessun corso di studi prevede ancora un approccio alla medicina che dia consapevolezza ai medici della rischiosità dei propri atti, dei limiti organizzativi e strutturali che possono incontrare. Al malato non deve mancare la corretta informazione su possibilità e rischi. Servono **liste di controlli** (le chek list) da eseguire nelle attività di routine, come sugli aerei prima del decollo. Deve essere utilizzato appieno il lavoro di équipe. Gli operatori devono essere stimolati a segnalare gli eventi negativi senza essere colpevolizzati. Tutto questo dovrebbe essere condito da strumenti di **verifica e valutazione** delle prestazioni, in cui gli Ordini potrebbero riscoprire un ruolo, certo in seguito a una loro riforma".

Anche **Massimo Cozza**, segretario nazionale della Funzione pubblica-Cgil Medici, insiste sulla qualità del sistema: "Oggi non è più il singolo medico a confrontarsi con il singolo paziente. E entrambi sono dentro un'estesa rete di rapporti. Prendiamo il caso del braccio sano ingessato al posto di quello rotto. Lì c'è un medico ortopedico, che invia al radiologo, il quale fa un referto che invia a un terzo medico. Sono già tre le figure che operano su un singolo. Per questo la cultura della sicurezza richiede **trasparenza** nelle procedure e nella scelta dei dirigenti. Se il primario o il direttore sono chiamati a quel ruolo per meriti professionali, le percentuali di errori diminuiscono".

Le **cattive pratiche** emergono insomma da una costellazione di storture. All'errore

singolo e di sistema, alla mancanza di professionalità nelle posizioni di vertice, si aggiunge la carenza di personale, più eclatante in alcune regioni: "Nel Lazio, in Abruzzo e Campania (Sicilia e Puglia ci sono vicine) c'è il blocco del turn over, che abbiamo contestato, collegato ai piani di rientro della spesa sanitaria confermati nell'ultima Finanziaria", dice Cozza.

Il **finanziamento** del Sistema sanitario nazionale, tra i più bassi di tutta la comunità europea e dei paesi Ocse, rimane sottostimato, come accusa un vasto cartello di organizzazioni di categoria, capitanate dall'associazione medici dirigenti (Anao Assomed) e riunite nella campagna "Fermiamoli! Stanno distruggendo la sanità pubblica italiana"

(fermiamoli.net). Così, denunciano, si continuerà a fare ricorso a "tagli indiscriminati di voci di spesa, piuttosto che aggredire gli sprechi che determinano i disavanzi".

Tra le criticità evidenziate dalla campagna ci sono quelle legate alle **condizioni di lavoro**: strutture di Pronto soccorso affette da inadeguatezza tecnica e surplus di richieste, blocco del turn over e carenza di personale indispensabile ai servizi essenziali (sarà un caso che le notizie registrate dalla cronaca siano condensate in giorni di festa?), mancata programmazione dei turni di lavoro, strutture fatiscenti, scarsità di risorse per l'assistenza ai malati cronici, direttori sanitari il cui unico fine è il "risparmio", che è anche la sola modalità di valutazione da parte di molte Regioni. ●