

Errori e danni nelle cure mediche:

USA e Regno Unito lanciano l'allarme

di Giulio Marcon

Il Presidente Clinton e gli errori sanitari

Errori delle cure mediche: il termine errore ha un suono minaccioso, in quanto insinua il dubbio che chi entra in un ambulatorio o in un ospedale, oltre che ricevere cure che lo guariscono può anche riportare dei danni conseguenti alle cure stesse.

Nonostante il problema del danno da errori sanitari sia purtroppo ben noto agli addetti ai lavori (i sanitari che sono stati implicati, gli assicuratori ed i legali) la continua rincorsa tra il levitare dei risarcimenti, il conseguente levitare dei premi assicurativi e le difficoltà di garantire un'adeguata copertura ai rischi sanitari viene vista quasi con rassegnazione: uscire dal circolo vizioso sembra impossibile o troppo difficile. Fortunatamente non è così.

Il rischio di danni derivanti dalle cure ospedaliere è stato messo sotto le luci della ribalta quando l'Institute Of Medicine (IOM, un'agenzia non-profit di ricerca sanitaria statunitense) ha pubblicato alla fine dei 1999 lo studio intitolato "To err is human: building a safer health system". Il titolo apparentemente bonario ed accattivante nasconde in realtà tuttavia una notizia-shock: ogni anno almeno un milione di americani

riportano danni dalle cure che vengono loro prestate dalle strutture sanitarie e almeno 100.000 ne muoiono. Gli errori nelle cure comportano anche dei costi aggiuntivi che ammontano, solo negli USA, a circa 37,6 miliardi di dollari l'anno.

Il Presidente Clinton, nel prendere pubblicamente atto dell'importanza del problema degli errori sanitari, ha commentato il rapporto dello IOM con alcune affermazioni fondamentali:

- il problema degli errori nelle cure non sta nel cercare ad ogni costo il colpevole, ma nel creare una cultura della sicurezza e nel promuovere la qualità delle cure;
- per ridurre gli errori è necessario raccogliere e diffondere tutti gli esempi positivi disponibili nel campo della sicurezza del paziente e del miglioramento della qualità;
- è necessario promuovere la ricerca nel campo della sicurezza dei pazienti.

I commenti di Clinton riprendono i suggerimenti del rapporto dello IOM, che indica tre strategie per ridurre gli errori nelle cure mediche:

- passare da un sistema punitivo e repressivo nei confronti dei presunti respon-

- sabili ad un sistema non punitivo che favorisca la segnalazione spontanea degli errori;
- passare da un sistema reattivo (individuazione correzione degli errori) ad un sistema proattivo, consistente nel creare una cultura della sicurezza basata sulla prevenzione e soprattutto sulla previsione dei possibili errori;
 - realizzare un sistema di individuazione e correzione sistematica delle situazioni a rischio di errore e di danno a scala nazionale. L'IOM sottolinea come sia necessario prendere in considerazione il fatto che gli errori medici sono nella maggior parte dei casi causati da cattive condizioni di lavoro (turni massacranti, scarsità di personale, cattiva organizzazione) piuttosto che da negligenza delle persone.

Nel febbraio 2000 è stato lanciato negli USA un piano nazionale per la prevenzione degli errori medici, basato sulla costituzione di un Centro Nazionale per la Sicurezza dei Pazienti, sull'obbligo per tutti gli ospedali di dotarsi di un sistema di prevenzione degli errori, sulla promozione della sicurezza nell'uso dei farmaci e su di un sistema nazionale di segnalazione obbligatoria di tutti gli errori sanitari.

Le reazioni del mondo sanitario

Il rapporto dell'IOM sugli errori sanitari ed il piano di Clinton per ridurre i ricorsi hanno fatto nascere numerose iniziative: la Aetna Insurance ha allocato 1 milione di dollari per la ricerca sulla sicurezza dei pazienti, l'American Hospital Association ha annunciato strategie per favorire la riduzione degli errori negli ospedali, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, potente agenzia statunitense per l'accreditamento) ha annunciato una modifica dei suoi processi per favorire la segnalazione spontanea degli errori e la General Motors ha promesso di fare pressione sui medici che curano i suoi dipendenti per far

diminuire il numero di errori. Anche la stampa medica si è mossa: dopo una breve segnalazione sul *British Medical Journal*, il *New England Journal of Medicine* ha pubblicato un commento sugli errori medici firmato dal noto ricercatore T.A. Brennan, autore del più celebre studio sugli errori medici. Brennan nel suo commento ricorda che la prevenzione degli errori non deve riguardare solo gli ospedali ma deve prendere in esame anche le cure ambulatoriali. Egli sottolinea tuttavia il rischio che il sistema legale e giudiziario, molto aggressivo verso gli errori medici, renda molto difficili le segnalazioni spontanee degli errori, favorendo invece il silenzio e la segretezza. Brennan sottolinea inoltre i punti deboli del piano Clinton, il primo dei quali è rappresentato dalle innumerevoli organizzazioni sanitarie grandi e piccole (agenzie governative, ospedali pubblici, ospedali privati, ospedali confessionali, Health Management Organizations, assicurazioni private e così via) ciascuna delle quali ha un proprio sistema informativo, naturalmente differente a quello di tutte le altre per motivi di concorrenza.

Il pensare di far funzionare facilmente un sistema di segnalazione uniforme degli errori sanitari su base nazionale ha per Brennan un sapore nettamente utopico.

Le reazioni del pubblico

Un sondaggio da parte della National Patient Safety Foundation rivela che il 42% degli intervistati riferisce di aver subito personalmente un qualche danno in conseguenza delle cure mediche ricevute; il 32% dei danneggiati aveva anche riportato un'invalidità permanente significativa.

Un secondo sondaggio, riguardante la preoccupazione per i danni da farmaci, ha rivelato che il 61% degli americani ha paura di ricevere la medicina sbagliata, il 58% ha paura di ricevere medicine che potrebbero avere interazioni negative tra di loro ed il 56% ha paura di subire danni causati da una

procedura medica. Per le vittime reali e per quelle potenziali due i rimedi al problema degli errori nelle cure: l'allontanamento dal servizio dei responsabili e la promozione di un piano di formazione per migliorare l'uso dei farmaci. Queste due risposte indicano che anche il pubblico non è solo propenso a punire, ma pensa anche che sia necessario migliorare le condizioni organizzative e le condizioni di lavoro delle strutture sanitarie.

I Risk Management

Il problema del "malpractice" si manifesta negli USA verso la metà degli anni '70, dopo un'impennata improvvisa delle denunce contro medici ed ospedali per danni causati dalle cure mediche. I premi di assicurazione per la responsabilità civile pagati da medici ed ospedali iniziarono a crescere sempre più rapidamente, così anche i risarcimenti, e gli assicuratori si trovarono sempre più in difficoltà nel valutare la rischiosità dei clienti e nel fissare premi adeguati. Già da allora si iniziò a cercare di ridurre i danni causati dalle cure mediche con l'obiettivo di contenere le spese dei processi e dei risarcimenti. Il termine "risk management", che indicava originariamente i metodi di contenimento del rischio finanziario nelle compagnie di assicurazione, venne applicato anche ai danni causati dalle cure.

Il risk management sanitario si limitava all'inizio ad analizzare i casi di negligenza; già nel 1971, tuttavia, uno studio commissionato dall'amministrazione Nixon aveva dimostrato che i danni causati dalle cure mediche non erano necessariamente e sempre legati alla negligenza di una o più persone, ma riconoscevano varie cause diverse e spesso concomitanti:

- rischi intrinseci nelle nuove tecnologie;
- peggioramento progressivo dei rapporti medico-paziente;
- attese spesso irrealizzabili dei pazienti;
- numero crescente di professionisti coinvolti nel singolo episodio di cura.

Negli anni '70 solo poche strutture ospedaliere disponevano di una funzione

specifico di risk management, nata più sotto la spinta degli assicuratori che non per un vero e proprio orientamento alla cultura della sicurezza.

Nel 1980, dopo una seconda ondata di denunce, nacque una specifica organizzazione (American Society for Healthcare Risk Management) che aveva l'obiettivo di fornire assistenza specifica agli ospedali che si erano dotati di una funzione di risk management (che nel 1980 rappresentavano circa il 50% del totale degli ospedali statunitensi). Da allora in poi il risk management ha assunto progressivamente un'importanza sempre maggiore non solo per le ricadute legali ed economiche del danno, ma anche perché ogni danno causa un aumento delle spese (dal prolungamento della degenza ai costi delle cure aggiuntive necessarie per correggere gli effetti degli errori). Oggi solo pochissimi ospedali in USA non hanno una funzione di risk management.

Un'organizzazione fornita di memoria: il NHS ed i danni delle cure mediche

"Un'organizzazione fornita di memoria": sotto questo titolo lievemente criptico si nasconde un corposo report di esperti del National Health Service britannico il cui obiettivo esplicito è di imparare dai danni derivanti dalle cure mediche allo scopo di ridurre gli errori nelle cure stesse.

Il rapporto si apre con una serie di cifre crude: 400 morti all'anno per malfunzionamento di apparecchiature mediche; 1150 suicidi tra i pazienti psichiatrici in cura presso le strutture pubbliche; 10.000 persone che riferiscono danni da farmaci, 28.000 persone che denunciano il NHS per danni ricevuti nelle cure. Le spese causate dagli errori sono notevoli: 400 milioni di sterline pagati all'anno in risarcimenti; cause pendenti per 2.4 miliardi di sterline; 1 miliardo di sterline speso solo per le infezioni ospedaliere. Questa è solo una visione parziale del problema, dovuta allo stato ancora embrionale

della ricerca sui danni derivanti dalle cure nel Regno Unito. Estrapolando nel Regno Unito le cifre derivanti da studi eseguiti in paesi come Australia ed USA, nei quali la ricerca nel campo è molto più avanzata, le cifre probabili sono di 850.000 pazienti danneggiati all'anno, con una spesa di 2 miliardi di sterline solamente per il prolungamento della degenza.

I ricercatori britannici pongono l'accento sulla necessità di imparare dagli errori e di cercare le cause dei danni non nell'errore immediato, ma nelle cause profonde e remote, ossia nell'organizzazione.

Si ritiene necessario creare una "cultura organizzativa della sicurezza" basata su un sistema di segnalazione capillare non solo dei danni, ma anche degli errori che non hanno causato danni e delle situazioni di "quasi-errore", ossia di quelle situazioni in cui fortuitamente l'errore non si è verificato. Anche nel Regno Unito, come negli USA, si sottolinea la necessità di un sistema di segnalazione uniforme e capillare e di una cultura organizzativa che permetta di prevenire gli errori a livello di sistema.

Accelerare il cambiamento fin da oggi: la visione del futuro attraverso otto storie di successo

Sempre nel 2000 e sempre dopo il rapporto dell'IOM, l'Institute for Healthcare Improvement di Boston (una organizzazione non-profit per il miglioramento della qualità delle cure mediche) e la National Coalition on Health Care (associazione di 90 soggetti prestatori di cure sanitarie con la missione di migliorare la qualità delle cure mediche) hanno promosso una pubblicazione intitolata "Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety", che raccoglie otto storie di successo relative ad organizzazioni sanitarie che si sono distinte nel ridurre gli errori ed i danni nelle cure mediche. L'introduzione è

firmata da Lucian Leape, coautore del più noto studio su errori e danni nelle strutture sanitarie. Leape presenta le otto storie con una breve prefazione, che mette in luce le scelte organizzative che hanno permesso un'efficace riduzione di errori e danni.

Il primo punto è la responsabilità della leadership: l'organizzazione può migliorare solo con la partecipazione entusiasta di chi la dirige.

Il secondo è la capacità di affrontare le difficoltà del cambiamento: non è facile estirpare la cultura punitiva e favorire la nascita e la crescita al suo posto di una cultura positiva e produttiva di innovazione.

Il terzo è la capacità di utilizzare il desiderio di medici ed infermieri di fornire cure migliori per creare una cultura della sicurezza.

Il quarto è la disseminazione delle pratiche di successo e la loro implementazione nelle organizzazioni.

Il quinto è che la sicurezza paga: un singolo danno da farmaci evitato può far risparmiare 4000\$ ed una riduzione del 15% dei danni determina risparmi considerevoli. Anche le attività che richiedono investimenti aggiuntivi pagano: l'introduzione di un sistema computerizzato di prescrizione dei farmaci (che evita incomprensioni e malintesi dovuti ad errate interpretazioni di ordini scritti a mano) si ripaga da solo in pochi anni, con il vantaggio aggiuntivo di un netto miglioramento della qualità delle cure.

Leape sottolinea ancora, infine, che non bisogna sottovalutare i grossi ostacoli che si incontrano nel riprogettare i processi di lavoro per renderli più sicuri: le varie associazioni di *professionals* accettano i cambiamenti con molta difficoltà e sono molto restie alla segnalazione di errori e danni per paura della punizione.

È quindi essenziale una scelta a livello di sistema, che sostituisca alla "cultura della punizione" la cultura dell'assistenza e della formazione alla responsabilità di ciascuno verso la sicurezza.