

Sicurezza dei pazienti

Per la sicurezza vale la pena sborsare molti quattrini

Sebbene gli errori non siano più un tabù oggi, la quota di errori rimane elevata. Per migliorare occorrono regole più severe, maggiore controllo e più risorse. Sul fronte dell'applicazione pratica e a livello politico. – di Marc-Anton Hochreutener

Cosa accadrebbe se in Svizzera, ogni quattro mesi, cadesse un Jumbo jet? Proteste da parte del pubblico, attacchi all'industria aeronautica, i politici terrebbero sessioni speciali, autorità e industria svolgerebbero attività febbrili.

Le cadute non avvengono nello spazio aereo bensì nella sanità! Nei paesi occidentali, ogni mille pazienti d'ospedale uno muore a seguito di un errore¹. Si stima che negli ospedali svizzeri, annualmente, decidano da 700 a 1700 pazienti probabilmente a seguito di un errore² – più del doppio dei casi di decesso per influenza, AIDS e infortuni della circolazione messi insieme³.

Parlare degli errori

Perché nessuna grida? I passeggeri che muoiono nella sanità sono singole gocce – ogni giorno da 2 a 5 - disperse nel grande aeroplano «Swiss Hospital». Un fenomeno discreto, spesso non riconoscibile, perché gli errori raramente sono direttamente visibili. Questo non è nulla di nuovo. Studi in merito sono stati pubblicati già più di 10 anni fa. Allora la Confederazione si era interessata al tema. Alla fine del 2003 è stata creata la Fondazione per la sicurezza dei pazienti, quale piattaforma nazionale. Contemporaneamente, negli stabilimenti sanitari e nelle cliniche si è dato avvio ad un ripensamento: degli errori si deve parlare. Molti, ma non ancora tutti, vedono oggi tutto ciò come una componente della professionalità. Oggi si accetta molto di più che ci possano essere errori, questo non è più un tabù. Progetti e idee di miglioramento nascono un po' ovunque. Gli errori medici devono essere intesi quali problemi del sistema e non princi-

palmente quale problema di un lavoro non accurato.

Anche la politica, lentamente, riconosce che la sicurezza dei pazienti è un problema di sicurezza della popolazione e non del fornitore di prestazioni. È stato stabilito il concetto di gestione del rischio clinico per la gestione di rischi ed errori che nascono dall'attività clinica. Lo sviluppo di una strategia del rischio è avvenuto in tutti gli stati occidentali. Importanti riconoscimenti e passi nella giusta direzione!

La quota di errori resta alta

Con ciò la situazione è migliorata? No! Il numero e la qualità degli studi sono cresciuti ma la quota di errori resta, da anni, invariata e ancora elevata. Nel 5 per cento di tutte le ospedalizzazioni avvengono errori rilevanti, di cui dal 40 al 60 per cento con conseguenze dirette^{4,5}. Uno dei nostri studi ha dimostrato che un quinto dei pazienti d'ospedale subisce un evento rilevante per la sicurezza dei pazienti⁶.

I costi sono enormi. Le infezioni di ospe-



In occasione di operazioni un elenco di controllo con misure di sicurezza potrebbe aiutare a evitare errori.

Focus

dale evitabili costano da 5000 fino a 20'000 franchi per paziente, in parte anche di più^{7,8}. Anche errori di medicazione, confusioni, ecc. sono costosi. Pure nel settore ambulatoriale esistono rilevanti problemi di sicurezza del paziente, lo stato delle ricerche però in questo ambito è ancora carente. Con interventi frammentari di motivazione delle singole persone e con appelli non siamo venuti a capo del problema. Contiamo di avanzare nella prossima fase di sviluppo.

Cosa non funziona? La risposta a questa domanda si deve ricercare a due livelli: a livello di applicazione, ossia al letto dell'ammalato e nelle istituzioni sanitarie e a livello superiore, dunque a livello politico, di autorità, amministrazione e associazioni.

A livello di applicazione, mancano tre cose:

- **Rigorosità e penetrazione:** noi non siamo conseguenti nell'applicazione delle misure di sicurezza. Esempio: la corretta igiene delle mani non è imposta per legge, ma continua ad essere applicata in modo incontrollato, benché sia noto come e quando deve avvenire e l'enorme utilità che comporta. L'igiene delle mani deve diventare una norma alla quale attenersi, come lavare le mani prima di un'operazione, spuntare la lista di controllo nell'aeroplano o fermarsi al semaforo rosso. Lo stesso vale per la marcatura del punto da operare sul paziente, il time out prima dell'operazione, l'utilizzo di sistemi tecnologici di identificazione del paziente, ecc. Le industrie ad alto rischio sanno che gli standard di sicurezza sono raggiunti solo se le norme di sicurezza sono osservate al 100% (e non al 95%). Il principio del 100% nella sanità non è ancora ancorato - violazioni di questi standard dovrebbero essere sanzionate come si sanzionano le violazioni delle regole sulla circolazione stradale oppure l'operare a mani nude - e manca nella diffusione globale in processi e strutture. Non è sufficiente, ad esempio, allestire sistemi per la prescrizione di medicinali e robot di medicazione se «l'ultimo miglio» della medicazione, ossia la via del medicamento al paziente non è assicurata. Molti errori di medicazione avvengono in questo ultimo miglio.
- **Leadership:** la sicurezza dei pazienti figura troppo raramente tra gli argomenti

prioritari o permanenti da trattare all'ordine del giorno a livello dirigenziale. I consigli d'amministrazione delle case automobilistiche si preoccupano di tre cose: le cifre finanziarie, la qualità (=orientamento al mercato ed efficienza) e la quota di errori (prodotto di minor valore, immagine, responsabilità). Conseguentemente, la gestione del rischio clinico e la creazione di una cultura della sicurezza sono, anche nella sanità, un problema della classe dirigente.

- **Risorse:** per misure di sicurezza conseguenti sono necessarie strutture e risorse. La spezzettatura non è efficace. Per questo, le industrie ad alto rischio investono generosamente nella sicurezza - non per amore del prossimo, ma per motivi strategici (sopravvivenza dell'impresa) e perché vale la pena solo se si interviene con grandi misure, non a piccole gocce (nur Klotzen, nicht Kleckern). Questa visione manca ancora ampiamente nella sanità pubblica.

Anche a livello superiore occorre intervenire:

- **Responsabilità politica:** la volontà politica per la sicurezza dei pazienti è sottosviluppata. La sicurezza dei pazienti è sicurezza pubblica, sicurezza di assistenza medica ed è un problema sanità pubblica che non può essere accollato unicamente ai fornitori di prestazioni. Si tratta di un problema che riguarda l'intero sistema, per il quale la politica deve assumere maggiore responsabilità.
- **Strutture e risorse:** mancano strutture nazionali per ottenere uno sviluppo duraturo in tutto il settore. Altre nazioni dispongono di simili strutture per attuare programmi coordinati. Perciò, in Svizzera, abbiamo bisogno di un finanziamento più elevato, per poter fare un salto quantico. Le piccolezze portano a scarsi effetti e logorano le forze.
- **La situazione giuridica è sfavorevole:** essa impedisce i processi di apprendimento. Sistemi di messaggi d'errore o analisi degli errori che devono solo dare la possibilità di imparare dagli errori, possono, ad esempio, essere utilizzati quali fonti per processi penali. Soffocare i miglioramenti



Dr Marc-Anton Hochreutener, directeur de la Fondation pour la sécurité des patients, Zurich; 043 243 76 22, hochreutener@patientensicherheit.ch

del sistema è controproducente, perché si deve parlare di un ordinamento giuridico distorto. Qui, la politica deve intervenire adeguando le leggi.

Se questi presupposti sono dati, manca ancora la parte più importante: programmi coordinati su scala nazionale, su temi riguardanti problemi specifici. Gli stati scandinavi e anglosassoni eseguono da anni i cosiddetti «large scale improvement programs». Hotspot per la sicurezza dei pazienti (ad es. disinfezione delle mani, sicurezza nella chirurgia, errori di medicinali) sono attuati rigorosamente a livello nazionale. I programmi si basano su un misto di sostegno delle aziende, concertato in modo cooperativo e combinato con misure complementari (ad es. misurazione dei successi, misure di vigilanza). Obiettivi ambiziosi sono dichiarati e perseguiti (50 per cento in meno di infezioni d'ospedale, 0 per cento di scambi negli interventi chirurgici, 5000 decessi in meno). Tali programmi sono la parte più efficace di una strategia nazionale di qualità. Per la Svizzera sono da promuovere urgentemente!

La sanità è complessa ed è difficile minimizzare i rischi di errore e di qualità. Ma è possibile! Per questo è urgentemente necessario passare al prossimo livello di sviluppo della sicurezza dei pazienti.

Competence 11/2010

Letteratura

- ¹ http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/Agenda_2007_mit_Titelblatt.pdf
- ² Zegers et al. Qual Saf Health Care 2009; 18:297-302
- ³ BFS Todesursachenstatistik 2007
- ⁴ Soop et al. Int J Qual Health Care. 2009 Aug; 21(4):285-91
- ⁵ Aranaz-Andrés et al. Int J Qual Health Care. 2009 Dec; 21(6):408-14
- ⁶ Schwappach D, Frank O, Hochreutener MAH. «New perspectives on well-known issues»: Benchmarking patients' experiences and perceptions of safety in Swiss hospitals. 2010, under review
- ⁷ Bregenzer 2010 und Weber et al. ICHE 2008; 29: 623
- ⁸ Eber et al. Arch Intern Med. 2010 Feb 22;170(4): 353-5