

Entrano in ospedale con la paura di uscirne conciatissimi: un paziente su due teme di essere vittima di errori medici in clinica e lo spauracchio che più preoccupa è il sovraffollamento dei Pronto Soccorso, perché la maggioranza pensa che nel caos che spesso affligge i reparti di emergenza, sviste e dimenticanze possano essere più probabili. Timori purtroppo non del tutto infondati: stando ai dati discussi durante il convegno "Paziente sicuro in ospedale", organizzato il 29 giugno a Roma dall'Associazione Salute e Società Onlus e dall'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma con il Patrocinio della Regione Lazio, sugli otto milioni di ricoveri che si verificano ogni anno in Italia si registrano 320.000 casi di danni o conseguenze più o meno gravi per il paziente provocati da errori in parte evitabili.

In circa due casi su tre gli incidenti sono diretta conseguenza di problemi organizzativi, solo in un terzo dei casi c'è una negligenza o imperizia da parte del personale sanitario. Nonostante questo, negli ultimi 25 anni il numero di denunce a carico dei professionisti è cresciuto del 300% e in tutta Italia le cause pendenti sono 12.000, per richieste di risarcimento danni superiori a 2,5 miliardi di euro a cui si aggiungono circa 13 miliardi di spesa per il Servizio Sanitario Nazionale dovuti alla medicina difensiva. Per ridurre la probabilità di errori e restituire ai pazienti la fiducia negli ospedali, la Regione Lazio ha emanato per la prima volta nuove Linee Guida per la gestione del rischio clinico in ospedale: dallo scrivere in stampatello sulle cartelle cliniche all'uso di strumenti informatici per la registrazione di terapie ed esami, agli obiettivi concreti per i primari e i direttori generali, le soluzioni per ridurre i pericoli sono spesso semplici e alla portata di tutti. "Le situazioni in cui si può commettere un errore in corsia sono molte, ma tutti gli studi svolti a oggi indicano che la maggioranza degli sbagli potrebbe essere evitata - ha spiegato **Alessandro Boccanelli**, presidente dell'Associazione Salute e Società Onlus e co-presidente della Società Italiana di Cardiologia Geriatrica (Sicge) - L'84% degli errori viene commesso trascrivendola: il collega o l'infermiere non comprende la scrittura del medico che ha indicato la cura e questa viene modificata. La soluzione è banale: basterebbe scrivere sempre in stampatello sulle cartelle cliniche per prevenire moltissimi guai, visto che

► Segue a pagina 20

Errori in sanità

320mila casi su 8 milioni di ricoveri ogni anno. Ma 2 su 3 sono evitabili

È il dato emerso nel corso di un convegno organizzato dall'Associazione Salute e Società Onlus e dall'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma con il Patrocinio della Regione Lazio. Negli ultimi 25 anni il numero di denunce a carico dei professionisti è cresciuto del 300% e in tutta Italia le cause pendenti sono 12.000, per richieste di risarcimento danni superiori a 2,5 miliardi di euro a cui si aggiungono circa 13 miliardi di spesa



“Solo in 1 caso su 3 è colpa del medico. Serve prevenzione del rischio clinico”

Il dibattito in corso alla Camera sulla responsabilità dei medici e dell'ente è necessario e deve anzi essere accelerato; ma bisogna affrontare con forza il tema degli standard tecnologici, strumentali e organizzativi degli ospedali

Benedetto Fucci

Segretario della Commissione Affari Sociali della Camera

Ho letto con interesse l'articolo sugli errori in sanità, pubblicato su *Quotidiano Sanità* del 29 giugno. I dati emersi sul numero di denunce a carico dei medici e sull'entità delle cause pendenti confermano due elementi: il dibattito in corso, alla Camera, sulla responsabilità dei medici è necessario e deve anzi essere accelerato; bisogna affrontare con forza il tema degli standard tecnologici, strumentali e organizzativi degli ospedali. In particolare quest'ultimo punto, spesso sottovalutato, è molto importante. Come emerso di recente, infatti, nella maggior parte dei casi i proble-



mi derivano da un'organizzazione inadeguata, dall'uso di strumenti obsoleti, da incomprensioni banali sulla cartella clinica. Solo un terzo degli errori sarebbe riconducibile a condotte del medico. Questi elementi sono molto importanti anche sul piano concettuale perché, come per esempio osservato dall'Avv. **Vania Cirese**, autorevole esperta del settore, ai giorni nostri è ormai anacronistico riferirsi solo all'attività svolta dal libero professionista e non anche a quella della struttura sanitaria, la quale (anche in base a disposizioni di legge già vigenti: si veda il decreto legislativo

502 del 1992) deve garantire sul piano strutturale, tecnologico e organizzativo un adeguato livello delle cure. Vi è insomma necessità di un contesto che consenta al medico di lavorare bene e in serenità. Questo significa parlare di temi quali la responsabilità degli enti e dei loro dirigenti preposti, appunto, agli aspetti organizzativi, strutturali e gestionali. La mia riflessione è che questi elementi debbano spingerci ancor di più ad affrontare in modo adeguato e strutturale il tema del sistema di analisi e di prevenzione del rischio clinico a livello nazionale. L'ultimo intervento in materia, contenuto nel "Decreto Balduzzi" del 2012, fu del tutto inadeguato in quanto si passò da un testo iniziale del provvedimento positivo a un testo poi modificato in peggio e soprattutto privo delle necessarie risorse economiche: questo fu peraltro uno dei motivi che mi spinsero, allora, a votare contro quel provvedimento in dissenso dalle indicazioni del mio gruppo parlamentare. Oggi in Italia non esiste, a differenza di altre realtà anche europee e a noi vicine come la Francia, un vero e univoco modello nazionale di gestione del rischio che si rifaccia a una metodologia riconosciuta. Se in alcune realtà locali (capofila sono stati il Veneto e la Toscana) ci sono unità sul rischio clinico già operative e questo rappresenta un elemento positivo sul piano territoriale, è altrettanto vero che tali interessanti esperienze non sono nelle condizioni di "fare rete". Evi-

► Segue a pagina 20

► Segue da pagina 18

Errori in sanità

proprio gli errori di prescrizione sono responsabili in un caso su due degli "incidenti" durante i trattamenti, mentre gli errori di somministrazione sono il 26% e quelli di distribuzione il 14%. Si stima che ogni 100 ricoveri si verifichino circa 4 errori, ma solo un terzo è davvero colpa del medico: nella maggioranza dei casi i problemi derivano da un'organizzazione inadeguata, dall'uso di strumenti obsoleti, da incomprensioni banali sulla cartella clinica".

Tutto questo ha conseguenze economiche pesanti: le denunce per lesioni dei pazienti vittime di errori ospedalieri sono in crescita esponenziale, con un valore medio dei sinistri di circa 40.000 euro e quasi la metà dei casi riconducibili ai reparti di chirurgia generale, ortopedia e Pronto Soccorso. "Purtroppo l'incremento delle denunce ha ripercussioni consistenti sull'attività dei medici - ha osservato Boccanelli - Il 92% ritiene che l'impatto delle norme che regolano la responsabilità medico-legale sul normale svolgimento del rapporto medico/paziente sia molto forte, l'86% considera il rischio di subire una denuncia come uno dei fattori di maggiore preoccupazione professionale, l'83% teme di perdere il proprio patrimonio e il 77% la propria reputazione. Con queste premesse il lavoro non può essere sereno e ciò non può che far aumentare il rischio di incidenti". Ecco perché la Regione Lazio, dove la maggioranza degli ospedali, fra cui ad esempio il San Camillo e il San Giovanni, si trova nella fascia di rischio più alta per la complessità delle procedure che vi vengono eseguite, ha deciso di mettere a punto **Linee Guida per il contenimento del rischio clinico**. L'obiettivo non è colpevolizzare i medici, ma svolgere una funzione di prevenzione in cui si impari dagli errori e si offrano soluzioni, identificando le circostanze più a rischio e proponendo percorsi che riducano i pericoli in maniera semplice ed efficace. Per evitare

gli errori spesso bastano piccoli accorgimenti come una checklist o anche la sola consapevolezza da parte dei medici delle circostanze in cui è più importante non abbassare la guardia. "Un esempio sono le infezioni ospedaliere, fra le evenienze che più spesso mettono a rischio i ricoverati per colpa di errori evitabili: circa il 5% dei pazienti contrae un'infezione in ospedale, soprattutto a livello delle vie urinarie o della ferita chirurgica, e si stimano circa 450mila casi ogni anno - ha commentato **Stefano Pompili**, Direttore Sanitario dell'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma - Due su tre sono praticamente inevitabili perché connesse alla malattia del paziente, a difese immunitarie compromesse e a proliferazione di microrganismi resistenti agli antibiotici. Ma circa un terzo potrebbe essere evitato: significa che 135.000 infezioni potrebbero essere risparmiate semplicemente migliorando l'organizzazione dei nostri ospedali" conclude Pompili.

Durante il convegno, a cui erano presenti clinici, avvocati, magistrati, direttori sanitari, medici legali e risk manager ma anche rappresentanti dei cittadini, infermieri, sociologi e psicologi, sono state discusse ulteriori proposte per rendere più sicura la permanenza dei pazienti in ospedale, con un occhio di riguardo per i diritti del cittadino. "Il paziente deve essere costantemente informato, deve poter accedere alla propria documentazione sanitaria e va messo al centro del sistema - ha affermato Boccanelli. Nel momento in cui il cittadino diventa paziente stipula di fatto un contratto che va rispettato da entrambe le parti, sia con il medico che con la struttura: deve essere stabilito un buon rapporto medico paziente, l'atteggiamento deve essere amichevole e di accoglienza. Soprattutto, occorre sempre partire dalle esigenze di cura del malato e verificare a ogni passo che a queste venga data la risposta adeguata".

► Segue da pagina 18

Prevenzione del rischio clinico

denzio questo tema sia per la sua oggettiva importanza, sia perché esso viene in parte trattato nelle proposte di legge sulla responsabilità all'esame della Commissione Affari Sociali della Camera. In altre parole il dibattito in atto alla Camera, pur con tempi che io stesso non esito a definire troppo lunghi, va seguito anche per l'interesse di questo specifico punto, il cui esame deve a mio

parere procedere di pari passo con quello relativo alla responsabilità del medico e dell'ente. Senza infine dimenticare che un efficace sistema di gestione del rischio clinico contribuirebbe anche a ridurre le dimensioni oggi notevoli, e quindi anche la portata delle loro conseguenze sul piano economico per il Ssn, della "medicina difensiva" che, secondo i dati di un'indagine portata all'attenzione della Camera, ha un'incidenza sulla spesa sanitaria pari a circa il 10 per cento.

In arrivo il "Viagra rosa"

Trojano: serve screening personalizzato

Con molta probabilità, anche le donne potranno finalmente contare a breve sulla pillola del desiderio. Il comitato consultivo della Food and Drug Administration (Fda), l'organismo di vigilanza sui prodotti medici che vengono commercializzati negli Stati Uniti, dovrebbe infatti approvare entro il mese di agosto la vendita del "Flibanserina". Così si chiama il farmaco prodotto dall'azienda Sprout Pharmaceutical, indicato per curare una libido un po' fiacca. Se anche l'Agenzia italiana del Farmaco lo approverà, sui banchi della farmacia si potrà acquistare la pillola rosa già a partire da settembre. Sull'argomento piovono critiche e i motivi sono tanti. Primo tra tutti l'interesse dei produttori a commercializzare un farmaco che con tutta probabilità servirà soltanto a far impennare il fatturato delle lobby farmaceutiche. In seconda battuta ci sono molte perplessità riguardo gli effetti collaterali.

Ma come agisce esattamente questa pillola rosa? A rispondere a questo interrogativo in un'intervista rilasciata al settimanale *Gente* è il presidente Aogoi **Vito Trojano**, che così puntualizza: "intanto va chiarito che a differenza del maschile Viagra, che agisce in maniera meccanica e serve soltanto nel momento in cui si deve consumare l'atto sessuale, la pillola rosa non serve ad aumentare l'irrorazione sanguigna nei genitali, ma agisce esclusivamente a livello cerebrale potenziando i neurotrasmettitori legati all'eccitazione. In sostanza la flibanserina dovrebbe garantire un maggior appetito sessuale ma non assicura l'orgasmo. La sua azione è la stessa di un antidepressivo perché agisce sul sistema nervoso centrale alzando i livelli di dopamina e serotonina, gli ormoni del piacere. Oltretutto, a differenza del Viagra, si tratta di un farmaco la cui assunzione deve essere giornaliera e continuativa, quindi non può essere presa "al bisogno", perciò bisogna mettere in conto possibili effetti collaterali poco tollerati come nausea, sonnolenza, ipotensione e molto spesso vertigini e quindi valutare il rapporto rischio-beneficio" avverte Trojano. **Per quali donne è indicata?** "Sicuramente non per le giovanissime (fascia d'età 25-40) a meno che tra

Il farmaco per la prima volta ha ottenuto una risposta positiva da parte della Fda. Ma "attenzione agli effetti collaterali. Bisogna valutare il rapporto rischio-beneficio", come spiega il presidente Aogoi in un'intervista al settimanale Gente. "Serve uno screening personalizzato, va utilizzato solo a partire dai 45 anni e ci vuole un supporto psico-sessuologico prima di iniziare la cura"



queste non ci sia un problema legato a uno sbalzo ormonale che pregiudichi il desiderio, come nel caso di una depressione post-partum e nel caso di tutte quelle malattie che pregiudicano il desiderio, come ad esempio il diabete o le patologie oncologiche. Scartate queste condizioni, la pillola rosa è indicata per le donne nel periodo che precede e segue la menopausa, durante il quale il calo degli estrogeni può incidere in maniera significativa sull'appetito sessuale. In ogni caso - precisa

Trojano - occorrerà testare la pillola su un maggiore campione di donne anche per capire quanto incida il fattore "dipendenza" creato dal farmaco dopo la sospensione e valutare perciò se sia indispensabile assumerlo". Tra gli effetti per così dire, vantaggiosi, ci sarebbe anche la riduzione dell'appetito, cosa che in tempi di diete estive potrebbe far gola a molte. "Ma per perdere chili sarebbe molto più saggio non cedere a tentazioni pericolose" (Fonte: *Gente*). **V**

"Pensare che la pillola rosa sia la soluzione del calo del desiderio è sbagliato e molto rischioso"

Così **Valentina Cosmi**, psicologa e sessuologa a Roma.

"Pericoloso perché, come è successo spesso per coloro che assumevano il Viagra, si tende a pensare che senza di essa non si potranno avere rapporti soddisfacenti. Il rischio può essere quello di avere in un'idea di sessualità medicalizzata, in cui gli aspetti prestazionali risultano in primo piano rispetto ad altri fattori importanti. Occorre ricordare infatti che la

sessualità di una donna include molteplici fattori, che vanno ben oltre il raggiungimento dell'orgasmo (un aspetto su cui tra l'altro la pillola rosa non incide). Nella donna spesso il desiderio sessuale viaggia accanto a componenti relazionali ed emotive ben più profonde per cui è inutile ricorrere alla pillola appena qualcosa non va con il partner. Altra faccenda è se il calo del desiderio coincide con una gravidanza o con la menopausa, allora in questo caso si potrà forse pensare ad una terapia farmacologica, interpellando sia il ginecologo sia lo psicossessuologo per una soluzione ottimale, con un approccio interdisciplinare orientato a costruire un percorso ad hoc per la donna". (Fonte: *Gente*)