- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.171 Tue, 15 Sep 2026, 18:01:47

Errori in sanità: è tempo di cambiare ...

Susanna Ciampalini*

"Uno degli aspetti più controversi delle cure mediche è la capacità di causare disabilità e disagi. Ovunque cure mediche vengano dispensate il paziente corre il rischio di essere vittima di un danno in conseguenza involontaria di quelle stesse cure. Per questo oggi la percentuale di danni iatrogeni causati è diventata un importante indicatore della qualità delle cure" (Thomas 2000).

Molte riflessioni porta a fare questa citazione, soprattutto, quando siamo noi o un nostro familiare ad aver bisogno di assistenza. Ci rivolgiamo ad una struttura del SSN fiduciosi che giovi alla salute, ma spesso, "proprio in ospedale", possiamo essere vittime di errori che aggravano le nostre condizioni fisiche e/o psichiche.

Come mai tutto questo accade? Eppure tutto questo accade..., come dimostra il numero elevato dei reclami e delle denunce di *malpractice* e l'aumento dei costi assicurativi per le Aziende sanitarie.

Numerose sono le variabili che concorrono al problema degli errori in sanità.

I sistemi sanitari sono sistemi complessi al pari di altri sistemi quali le centrali nucleari, l'aviazione, la difesa e in ogni sistema complesso l'errore e la possibilità di incidente non sono eliminabili. Partendo, allora, dalla considerazione che il sistema, inteso come insieme di elementi umani, tecnologici e relazionali fortemente integrati, può sbagliare e che l'errore è una componente inevitabile della realtà umana (nessun comportamento nella nostra vita è esente da rischio), occorre mettere in atto tutti gli interventi possibili perché gli errori siano sotto controllo e quindi prevenibili. Ma per creare *sistemi sicuri*, occorre investire sulla *sicurezza*, intesa non solo dal punto di vista tecnico, ma come cultura che nasce dall'imparare dall'errore, e questo comporta un cambiamento, a livello di singolo professionista e soprattutto a livello di organizzazione, la cui realizzazione è ancora lontana.

Negli ultimi tempi si sente parlare di rischio clinico, *risk management*, *risk assessment*, *clinical audit*, ma quanti sono a conoscenza almeno della esatta definizione? Ed, in effetti, siamo nuovi a questi temi che, tra l'altro, non sono ancora trattati, o lo sono marginalmente, nei corsi di laurea delle università italiane.

Anche in quelle Aziende più sensibili alla problematica, quest'argomento viene delegato ai più volenterosi senza considerare che la gestione del rischio clinico, perché sia davvero efficace, deve essere affidata ad un team multidisciplinare che includa varie figure professionali, in modo da garantire la convergenza e il confronto tra competenze cliniche, gestionali, ingegneristiche, giuridiche. Occorre, indubbiamente, superare le divisioni organizzative interne, condividere le metodologie di analisi e attuare una prevenzione degli errori, ma anche collaborare con altre realtà aziendali della stessa Regione o di altre Regioni per dar vita ad una rete di operatori preparati ad affrontare l'emergente problema degli errori in sanità.

Esistono due possibilità di approcciarsi al problema degli eventi avversi in sanità. La prima considera il comportamento umano come fonte di errore: la prevenzione si concentra sul miglioramento della conoscenza e della formazione individuale. La seconda si focalizza sulle condizioni nelle quali accade l'errore, che è visto come un fallimento del sistema.

Per creare *sistemi sicuri* dobbiamo privilegiare quest'ultimo atteggiamento, promuovere e diffondere gradualmente la cultura dell'imparare dall'errore e non nasconderlo.

Infatti, le cause degli errori risiedono nei difetti latenti del sistema, le cui conseguenze si manifestano solo quando l'operatore in "prima linea" sbaglia. I fattori latenti sono debolezze strutturali di un'organizzazione, risultato di progettazioni o decisioni strategiche.

Ma la programmazione *ex novo* o di alcuni segmenti delle organizzazioni richiede tempo, risorse umane e non solo e allo stato attuale molte Aziende incontrano difficoltà ad investire in questa direzione.

Pensiamo a quanto un "cattivo" clima di lavoro, un "capo" che delega o accentra decisioni, una pianificazione improvvisata delle attività, un carico di lavoro eccessivo, possano favorire la possibilità di errore e, ancora, pensiamo al personale non abituato a lavorare in équipe, alla mancanza di strumenti e flussi che garantiscono un buon passaggio di informazioni..., fattori, questi, che tolgono qualità all'assistenza.

*Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.171 Tue, 15 Sep 2026, 18:01:47

E la sicurezza è uno degli elementi della Qualità, che rappresenta un aspetto specifico della performance di un'organizzazione e confluisce nel Governo clinico, ossia nell'insieme di azioni che aumentano l'efficienza dell'assistenza sanitaria.

Le Aziende devono ridisegnare i rapporti tra cittadini e servizi in modo tale che la capacità di fornire cure di buona qualità rappresenti un punto di arrivo della mission aziendale che pone il cittadino al centro.

Il tema del *clinical risk management* si colloca in questo nuovo scenario dell'assistenza sanitaria dove sono mutate le priorità strategiche nelle Aziende che si trovano a rispondere ad un aumentato bisogno di sicurezza e appropriatezza della pratica clinica da parte dei cittadini che hanno preso coscienza del loro ruolo e delle proprie aspettative.

Il *clinical risk management* deve, comunque, essere progettato a più livelli di intervento sanitario: a livello centrale (Ministero e singole Regioni) e periferico (aziendale o singolo reparto). Solo un approccio integrato darà buoni risultati.

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle attività volte al miglioramento della Qualità dei servizi sanitari e sociosanitari, ha avviato importanti ed innovative attività per ridurre, controllare e gestire il rischio clinico. Nel 2003 è stata istituita la Commissione tecnica sul Rischio clinico, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, che ha analizzato la prevalenza e le cause del rischio clinico, ha individuato tecniche per ridurlo e ha prodotto il documento "Risk management in Sanità. Il problema degli errori", che oltre a rilevare l'entità del problema ha evidenziato come circa la metà degli eventi avversi possa essere evitato.

Tutti gli interventi finalizzati al controllo del rischio clinico devono essere supportati da un'attività di formazione e, dal momento che in questo delicato settore non si può improvvisare, i criteri delle attività formative saranno individuati dal Gruppo di lavoro sugli approcci metodologici sul Rischio clinico, che opera presso il Ministero della Salute ed è formato anche da esperti di Regioni ed Aziende. A questo proposito, è necessario che gli Atenei, nel rispetto dei propri obiettivi e della autonomia di scelta e programmazione delle attività didattiche, prevedano, in tempi brevi, corsi post-laurea specifici e l'inserimento di argomenti relativi alla gestione del rischio clinico nei corsi di laurea delle discipline coinvolte (medicina, farmacia, scienze infermieristiche, tecniche sanitarie, ecc.).

Promuovere la cultura della sicurezza attraverso la condivisione di responsabilità e di scelte fa sì che il diritto alla salute sia soprattutto diritto alla tutela della salute e l'etica professionale coincida con la responsabilità personale e aziendale ogni volta che ci si avvicina al paziente.

Ho voluto condividere con i lettori questo breve spazio perché penso che si possa e si debba, al più presto, fare qualcosa, affinché non accadano più morti inutili, evitabili che pesano sulla coscienza di tutti gli operatori sanitari che, pur prestando attenzione al loro operato quotidiano, non sanno che l'errore e la probabilità di errore è davvero molto, molto vicina.

Bibliografia

1. Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione tecnica sul Rischio clinico, marzo 2004.