



ELSEVIER 26 febbraio 2014

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Gli errori in sanità costano sempre più caro

Continuano a crescere in modo vertiginoso i costi per gli errori nella sanità pubblica: dal 2004 al 2012 il costo medio per sinistro è passato infatti da 40mila a 66mila euro, con un picco registrato nel 2012, dove il valore medio del risarcimento è arrivato a 116mila euro. In totale in nove anni sono stati pagati risarcimenti per 1,5 miliardi di euro, di cui 300 milioni solo nel 2012. Sono alcuni dei dati che emergono dal V rapporto Medmal sui sinistri in sanità di Marsh, relativo a 96 Asl e aziende ospedaliere, presentato ieri a Milano. «Il picco del 2012 - spiega **Emanuele Patrini**, healthcare risk manager di Marsh - è spiegabile con un leggero aumento delle richieste di risarcimento danni agli ospedali e un +2% delle richieste di risarcimento danni collegati al parto». Il valore assicurativo medio è aumentato nel periodo analizzato, passando da 3.400 a 4.000 euro per posto letto: in termini assicurativi un medico costa in media 6.841 euro, un infermiere 2.864 euro, un ricovero 106 euro, con valori molto più alti nel centro Italia. Riguardo al numero di richieste di risarcimenti danni, al primo posto c'è il nord con il 55,4%, seguito dal centro con il 39% (14.801) e dal sud con il 6% (2298). Le specialità più a rischio sono ortopedia (13%), pronto soccorso (12,5%), chirurgia generale (10%), ostetricia e ginecologia (8%) e tra gli errori più reclamati ci sono quelli chirurgici (27%), diagnostici (19%), terapeutici (11%) e cadute di pazienti e visitatori (10%). Le strutture sanitarie di primo livello, cioè quelle di base, hanno il maggior numero di richieste danni (54,73%). I tempi per le denunce rimangono lunghi: se circa la metà delle richieste di risarcimento danni sono avanzate entro i primi 6 mesi dall'evento, molte arrivano entro due anni e alcune anche entro 6 anni. Nei nove anni esaminati dal rapporto sono state chiuse circa il 31% delle richieste danni, mentre resta aperto poco più del 45% di pratiche e il 23% è stato senza seguito.

Il consenso informato è sempre necessario?

In alcuni studi un consenso informato completo potrebbe non essere eticamente necessario, secondo quanto scrive sul *New England Journal of Medicine* un gruppo di esperti di bioetica. «In certi casi il consenso può essere di scarsa utilità in termini di protezione del paziente e può rivelarsi un ostacolo per nuove conoscenze» esordisce **Ruth Faden**, nota bioeticista e coautrice del libro *History and Theory of Informed Consent* assieme a **Tom Beauchamp**, un altro firmatario dell'articolo. Beauchamp è anche il principale autore del Rapporto Belmont, che nel 1979 ha stabilito principi etici fondamentali in materia di ricerca umana. Il documento del *New England* è un colpo di timone rispetto all'etica attuale e affronta in linea teorica due concetti importanti. Il primo è quello di imparare dai sistemi sanitari così come indicato dall'*Institute of Medicine* statunitense, secondo cui l'apprendimento continuo dalla pratica clinica migliora la cura del paziente. L'altro è la valutazione comparata dell'esito dei trattamenti sanitari, in cui i pazienti sono assegnati in modo casuale a terapie diverse, ritenute efficaci e sicure, per stabilire quale funziona meglio. Riprende Faden: «In un sistema sanitario eticamente maturo, alcuni studi randomizzati potrebbero usare un consenso snello e altri non richiederlo affatto». Ai pazienti verrebbe detto che gli studi proposti sono sotto sorveglianza del comitato etico, che dovrà stabilire per ciascuno di essi una soglia di valori moralmente importanti. Le ricerche sotto tale soglia potrebbero essere integrate nelle cure senza bisogno di consenso specifico, pur essendoci una comunicazione pubblica sul suo svolgimento. Per altri studi, invece, secondo il parere del comitato etico, si procederebbe con la notifica specifica per singolo paziente, che avrà la possibilità di rifiutare la partecipazione. Altri ancora, nettamente sopra soglia, richiederebbero un consenso informato scritto. «In questo modo un sistema maturo di vigilanza bioetica sarebbe in grado di contrastare la scarsa o l'eccessiva protezione del paziente» spiega la bioeticista. Si consideri per esempio uno studio clinico randomizzato che confronta due farmaci in uso per l'ipertensione, magari due diuretici, in cui non esistono caratteristiche cliniche note che ne favoriscano uno rispetto all'altro. È improbabile che un trial del genere influenzi negativamente i risultati clinici attesi, dato che i farmaci sono simili per categoria e hanno effetti collaterali accettabili. In questo caso basterebbe procedere avvisando il paziente a voce o magari anche senza informarlo, cosa impossibile con le regole attuali. Viceversa, un esplicito consenso verrebbe richiesto in caso di studi che comportino rischi, incertezze terapeutiche o maggiori necessità informative etiche o morali. Per esempio uno studio che assegni in modo casuale i pazienti con scoliosi alla chirurgia o al rinforzo muscolare: entrambi i trattamenti sono validati, ma hanno implicazioni talmente diverse per il paziente che il consenso informato è essenziale. «La nostra posizione presuppone la presenza di un sistema sanitario fondato su impegni morali saldi e radicati che permettono un grado variabile di consenso informato. Tuttavia, nessun sistema sanitario è ancora maturo a tal punto, e il quadro da noi delineato serve, per ora, a fornire indicazioni utili a raggiungere questo obiettivo» conclude Faden.

[N Engl J Med. 2014 Feb 20;370\(8\):766-8.](#)