

Errore medico terzo in classifica come causa di morte negli Stati Uniti

Makary MA, Daniel M

Medical error: the third leading cause of death in the US

BMJ 2016; 353: i2139

Ai primi due posti tra le principali cause di morte nei Paesi industrializzati vi sono le malattie cardiovascolari e i tumori. Con sorpresa, ad occupare il terzo gradino del podio, secondo due ricercatori della Johns Hopkins University School of Medicine, vi sarebbero gli errori medici.

Nella definizione di errore medico ricadono: un atto intenzionale (di omissione o di azione) o un atto che non raggiunge il risultato previsto¹; l'errore di esecuzione o programmazione di una pratica medica; la deviazione da un processo di cura in grado di causare o meno un danno al paziente. Queste cause sono difficilmente desumibili dai certificati di morte, poiché non associabili ad uno dei codici ICD, appartenenti alla classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, con i quali vengono compilati i certificati stessi.

Gli errori medici possono verificarsi a livello individuale come a livello di sistema, e la loro tassonomia è in continua espansione per categorizzare al meglio i fattori e gli eventi prevenibili². Il ruolo dell'errore può essere complesso e se molti non sono consequenziali, altri possono porre fine alla vita di una persona con una lunga aspettativa di vita o accelerare una morte imminente.

Negli Stati Uniti il documento più citato sulle morti per errori medici è una relazione del 1999 ad opera dell'Istituto di Medicina (IOM)³, dove si riporta un'incidenza di 44.000-98.000 decessi annui, basata su studi datati, uno del 1984 (Harvard Medical Practice Study) e l'altro del 1992 (Utah e Colorado Study)^{4,5}. Molti ricercatori nutrivano dubbi su questi dati già dalla loro pubblicazione, sostenendo come tali stime fossero troppo basse e come la percentuale delle morti iatrogene prevenibili fosse maggiore di quella riportata. Un documento del 2004 riportava una stima di circa 195.000 decessi ospedalieri annui causati da errori medici⁶. Un altro documento

del 2008 registrava 180.000 decessi⁷. C'è da aggiungere, inoltre, come nessuno degli studi considerasse i decessi avvenuti al di fuori dell'ospedale, come quelli derivanti da errori medici in prestazioni in regime di assistenza domiciliare o nelle case di cura, nonché quelli avvenuti in ambito medico-chirurgico ambulatoriale.

Se l'errore umano è inevitabile e noi non siamo in grado di eliminarlo completamente, possiamo cercare, tuttavia, di affrontare meglio il problema progettando un sistema di procedure più sicuro, in grado di ridurre la frequenza e le conseguenze.

Le strategie per ridurre le morti da errori medici potrebbero considerare tre azioni principali: rendere gli errori più visibili quando si verificano così da intercettarne gli effetti; avere soluzioni a portata di mano per salvare la vita dei pazienti⁸; e rendere gli errori meno frequenti, seguendo principi che tengano in considerazione il limite umano. Questo approccio multilivello richiede la disponibilità di dati affidabili. Attualmente, tuttavia, i decessi causati da errori non vengono "misurati" e generalmente se ne parla in modo strettamente confidenziale tra i clinici, e i dati non vengono quasi mai diffusi al di fuori delle mura dell'ospedale.

Figura 1. Cause di morte negli Stati Uniti, anno 2013.
Fonte <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/leading-causes-of-death.htm>.

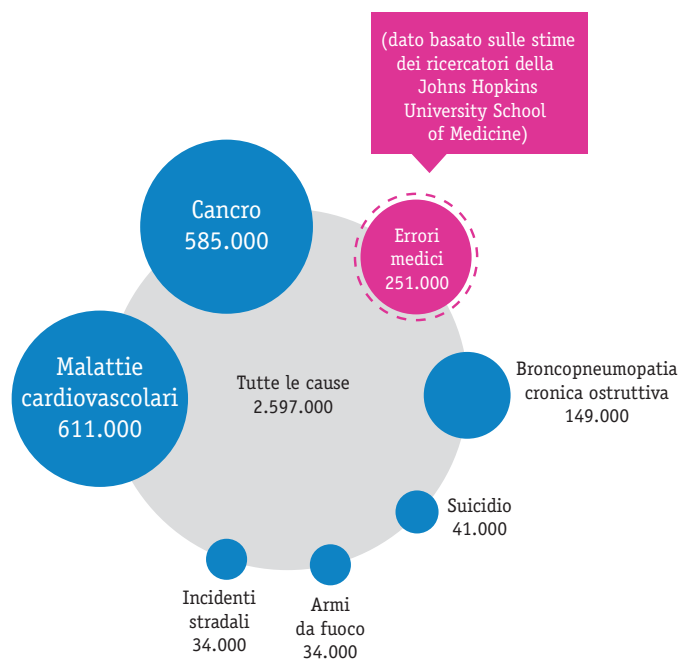
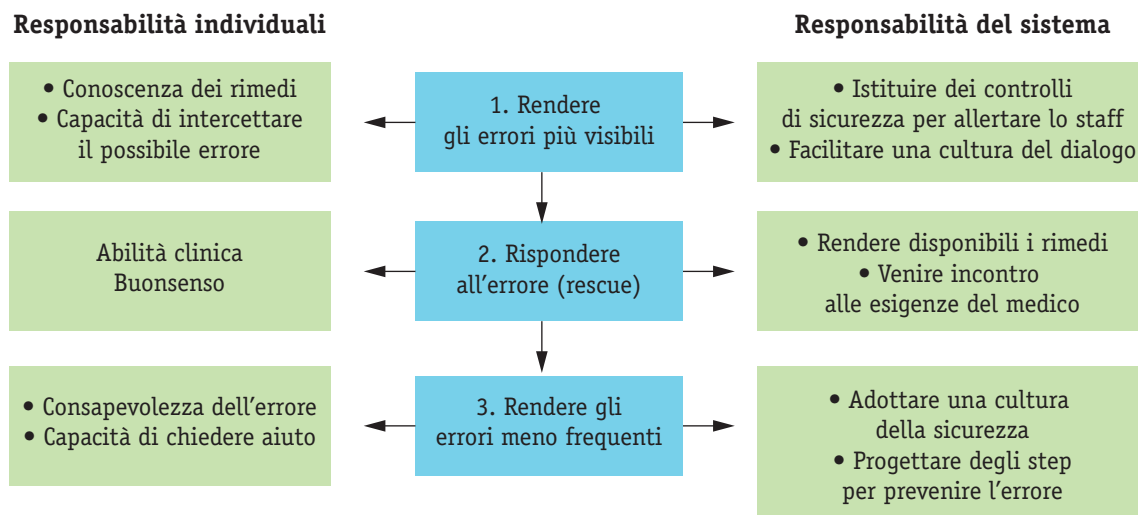


Figura 2. Modello per ridurre eventuali danni al paziente provocati da errori individuali o di sistema in sanità.



Per ottenere una stima precisa sulle statistiche nazionali riguardanti le morti dovute ad errore medico, invece di limitarsi a richiedere semplicemente la causa di morte, i certificati di morte potrebbero contenere un campo aggiuntivo che specifica se una complicanza evitabile, causata da un errore medico, abbia contribuito alla morte del paziente. Un'altra strategia potrebbe coinvolgere direttamente gli ospedali, che potrebbero valutare i decessi avvenuti nella propria struttura attraverso indagini *ad hoc* ed indipendenti, che siano rapide e allo stesso tempo efficaci nell'evidenziare un potenziale contributo dell'errore medico al decesso del paziente.

Se, a detta dei ricercatori della Johns Hopkins, l'errore medico rappresenta la terza principale causa di morte negli Stati Uniti, è necessario dargli l'attenzione che merita. Per migliorare il sistema sanitario in termini di affidabilità e sicurezza, bisogna innanzitutto condividere i dati sugli errori medici a livello nazionale e internazionale, allo stesso modo in cui si condividono i dati della ricerca medica, ovvero attraverso la letteratura scientifica. Una valida metodologia scientifica, che comincia da una attenta valutazione del problema, è infatti fondamentale per affrontare qualunque problema che minacci la salute dei pazienti. E l'errore medico non dovrebbe essere esente da questo approccio scientifico. Un riconoscimento più appropriato del suo contributo al decesso del paziente potrebbe aumentare la consapevolezza e guidare

sia le collaborazioni scientifiche che gli investimenti di capitale nel settore della ricerca e della sua prevenzione.

Elia Ferroni

Servizio Epidemiologico Regionale (SER)
Regione Veneto

BIBLIOGRAFIA

1. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851-7.
2. Grober ED, Bohnen JM. Defining medical error. Can J Surg 2005; 48: 39-44.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. National Academies Press, 1999.
4. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-6.
5. Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse JP, et al. Costs of medical injuries in Utah and Colorado. Inquiry 1999; 36: 255-64. PMID:10570659.
6. HealthGrades quality study: patient safety in American hospitals. 2004. http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/Patient_Safety_in_American_Hospitals-2004.pdf.
7. Department of Health and Human Services. Adverse events in hospitals: national incidence among Medicare beneficiaries. 2010. <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf>
8. Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Complications, failure to rescue, and mortality with major inpatient surgery in Medicare patients. Ann Surg 2009; 250: 1029-34.