



Simposio Nazionale
Blocco Operatorio
e Centrale di Sterilizzazione:
tavolo tecnico con esperti di settore

Bergamo
5-6 maggio 2017



Gestione del Rischio Clinico

Near miss più frequenti in sala operatoria e le azioni preventive

Prof. Francesco Venneri, M.D., Ph.D., F.A.C.S.
Clinical Risk Manager
Azienda USL Toscana Centro

MALASANITÀ...

NEL NOSTRO
OSPEDALE, LA RICERCA
L'ABBIAMO APPALTATA
ALL'ARMA DEI
CARABINIERI...



100% MADE IN ITALY

GEOGRAPHIC

In EDICOLA la 1ª USCITA
STEVE McCURRY

la Repubblica.it

Cerca su Repubblica

La Repubblica dal 1984

Cerca

Cerca nel Web con Google

Google

Cerca

GEOGRAPHIC

In EDICOLA la 1ª USCITA
STEVE McCURRY

Ultimo aggiornamento giovedì 07.01.2010 ore 08.30

Home Affari&Finanza Sport Spettacoli&Cultura Ambiente Scienze Tecnologia Motori Moda Casa Viaggi Roma Milano Annunci Lavoro Meteo Oroscopo

RepubblicaTv | Politica Cronaca | Edizioni locali | Esteri | Scuola&Giovani | Repubblica@Scuola | Salute | Ora per Ora | Persone | Foto | Giochi&Scommesse | Mobile

Gioca online e vinci il Jackpot!

SuperEnalotto

Milioni di Euro

GIOCA SUBITO

Giochi24it

gioca responsabilmente



Malasanità, 30mila casi all'anno Indagini aperte su quattro morti

Il dramma del decesso dei due neonati che erano in culla affiancate nell'ospedale di Foggia: decine di indagati. E' boom di denunce: si rischia di più in ortopedia, oncologia e ostetricia. Un terzo dei morti per errore hanno oltre 77 anni. Il Pd: serve un garante per la salute

Lotteria Italia Il caso Web



**A Roma e Soave
i biglietti da 5 mln
in strada e autogrill**
Un ambulante nella capitale e un ristoro autostradale in Veneto per i primi premi. Gli altri 4 di prima categoria (tabella). I 10 di seconda (tabella) e quelli di terza (tabella)

Repubblica RADIO TV
I video più visti

24ORE AGI

Catanzaro, 07:30
— RIFIUTI: TRAFFICO CALABRIA-CAMPANIA, ARRESTI E SEQUESTRI

Parigi, 07:00
— GENETICA: NEL DNA UMANO RESTI VIRUS ANIMALE 40 MLN ANNI FA

New York, 23:45
— TERRORISMO: BLOOMBERG, OLTRE 200 MLN ANNO PER PROCESSO 11/9

Varsavia, 23:20
— POLONIA: SVEDESE MANDANTE FURTO SPITTA INCRESSO

**due anziani
cadduti
dalle scale**

Bagaglio sospetto a Ciampino chiuso il terminal delle partenze

La struttura dell'aeroporto romano è stata sgomberata per motivi di sicurezza dopo la scoperta di una valigia lasciata incustodita. Sul posto artigiani, carabinieri e vigili del fuoco. Per ora tutto regolare agli arrivi



Frecciarossa, avvio lento il 70% dei treni in ritardo

Al cm Guariniello il rapporto della Polfer sui primi dieci

LG
Life's Good
Contrasto e luminosità
senza paragoni.
Retroilluminazione

"Solo influenza", ma è morto in corsia

Inchiesta della Procura sulla fine di Carlo Pigiaccampo. La rabbia della moglie



IL TIRRENO

MUORE IN OSPEDALE DOPO UN CLISTERE APERTA UN'INCHIESTA

RAGAZZO SCHIACCIATO DALL'AUTO
FACEVA «TESTACODA» CON GLI AMICI

A 100 ALL'ORA PER SALVARE IL CANE
IL GIUDICE GLI CANCELLA LA MULTA

IN DUEMILA A PISTOIA PER IL DERBY

Inchiesta all'ospedale San Pietro. A Bergamo lite tra medici sul cesareo, bimba nasce invalida al 100%

Operato 6 volte per un errore, muore a Roma

ROMA—Ancora polemiche sugli ospedali italiani. A Roma un uomo è morto dopo 6 operazioni dovute all'errore di un chirurgo. A Bergamo nuova lite tra ginecologi sull'opportunità di un parto cesareo: la bambina è nata invalida al 100%.

ANGELI, BERIZZI E BOCCI
ALLE PAGINE 12 E 13

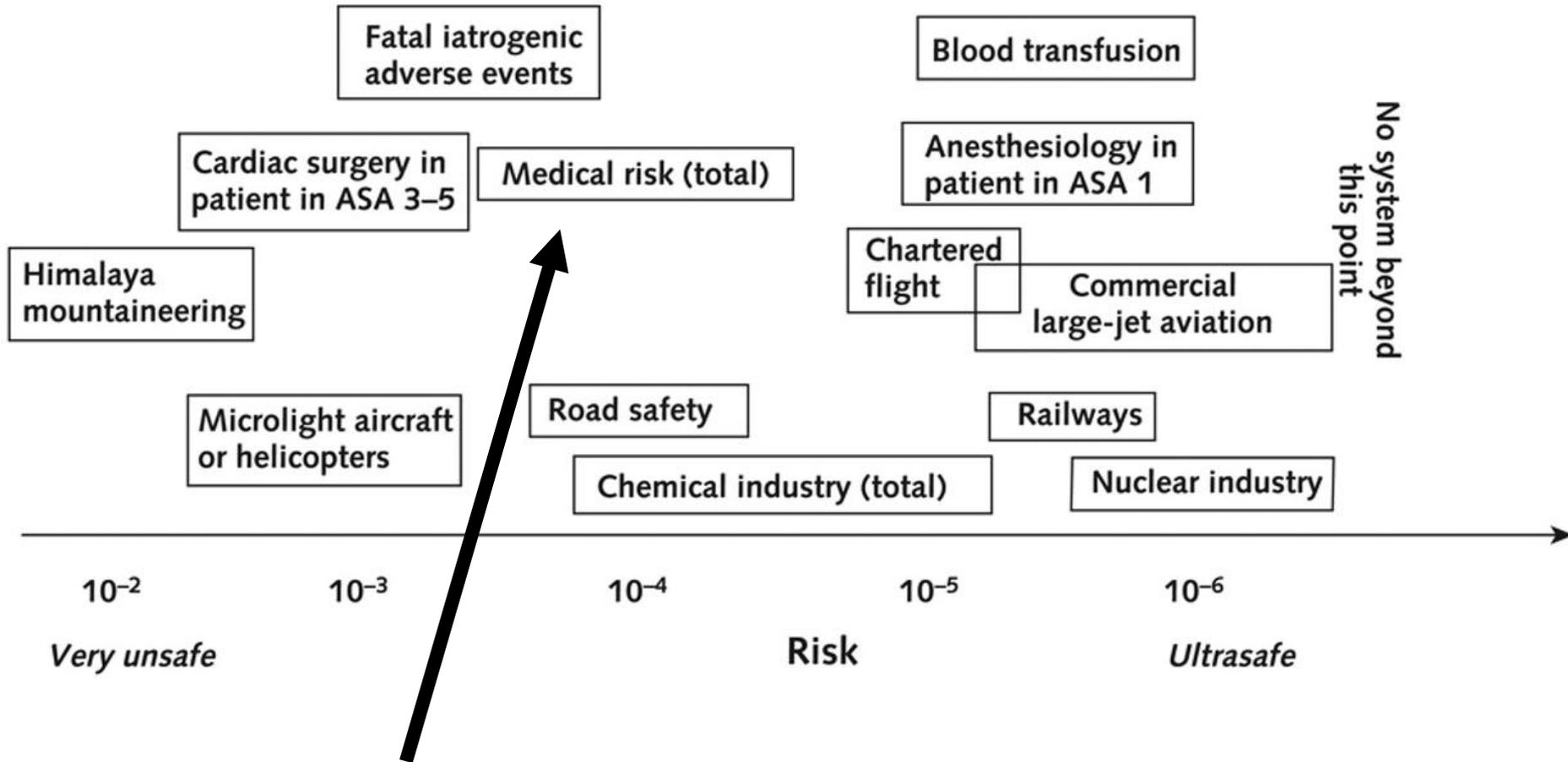


Il corteo di protesta a Madrid

La protesta contro le misure anti-crisi
Europa, lavoratori in piazza
In Spagna primo sciopero
in otto anni di Zapatero

BONANNI, GRION E PETRINI ALLE PAGINE 28 E 29

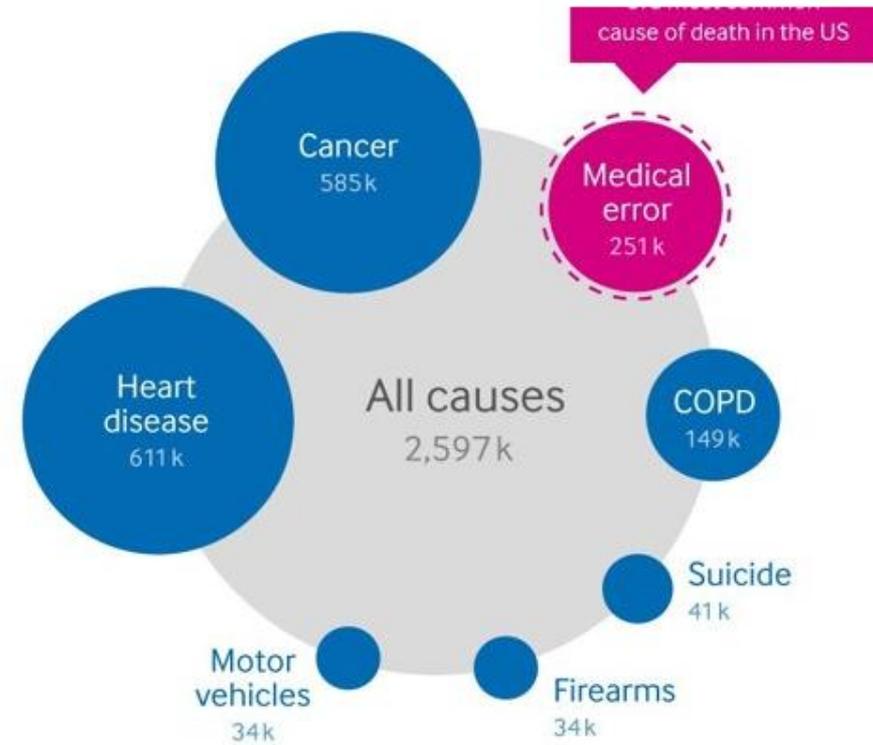
High Reliability Organizations



Amalberti, R. et. al. Ann Intern Med 2005;142:756-764

Errori medici la terza causa di morte

Medical error—the third leading cause of death i...



However, we're not even counting this - medical error is not recorded on US death certificates

thebmj Read the full article online

<http://bmi.co/mederr>

British Medical Journal, 2016



Epidemiologia

Specialità dove si registrano
maggiori EA

sec-Ministero della Salute:

- ortopedia :17,5%
- chirurgia :16,2%
- oncologia 14,8%
- emergenza12,6%
- ostetricia11,7%
- chi. plastica10,2%
- neurochirurgia 9,3%

ANSA*it*

la Repubblica.it

ri

**Sanità, novanta vittime al giorno
per errori dei medici e disorganizzazione**

In un anno oltre 14mila decessi, metà dei quali evitabili. I dati forniti dalla Associazione nazionale degli oncologi. Un danno di 10 miliardi di euro. La classifica "nera": ortopedia, poi oncologia e ostetricia

ttera

- “La sala operatoria è considerata tra i luoghi potenzialmente più rischiosi di una struttura sanitaria. Nella pubblicistica scientifica si afferma che un sostanziale numero di pazienti subisce lesioni ed effetti indesiderati causati da trattamenti chirurgici”

Di Denia P., Caminati A., Martini C., Marzola L.,

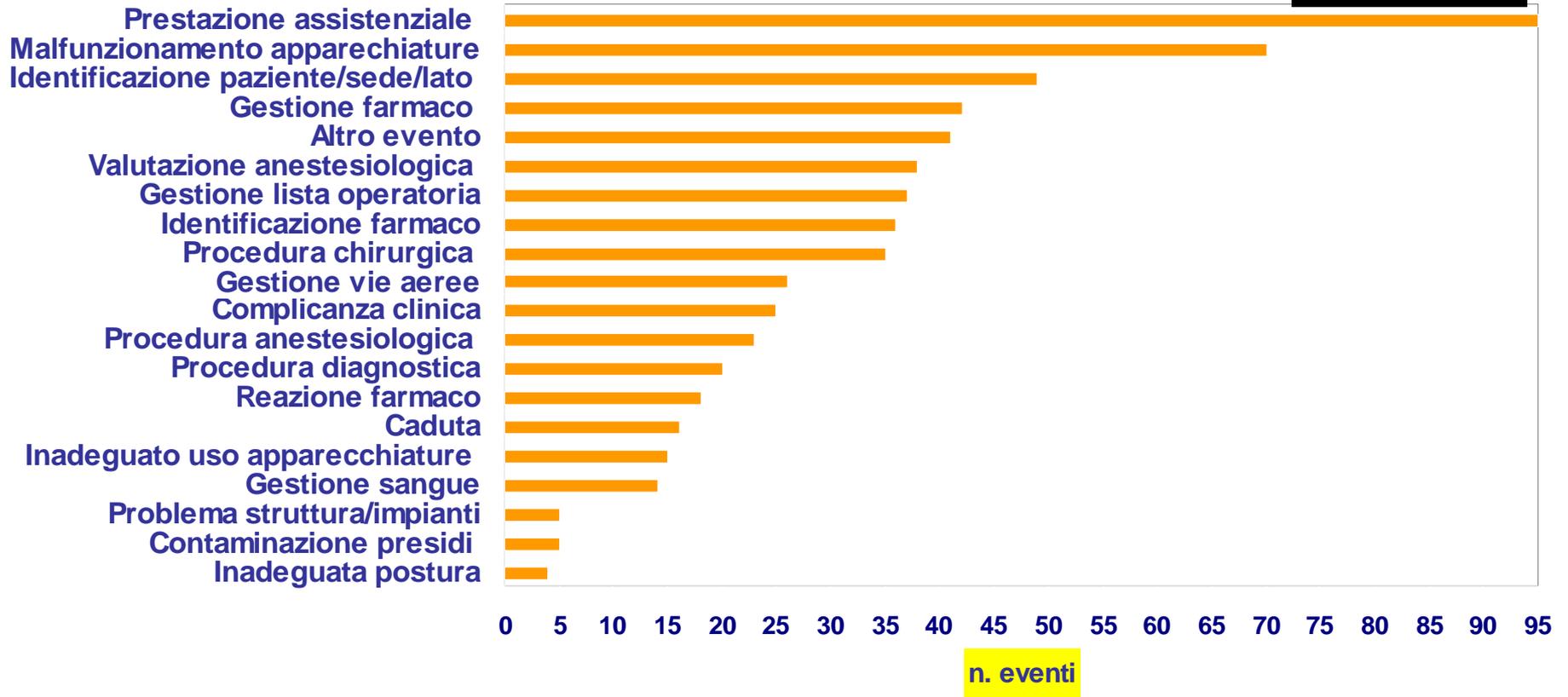
I rischi in sala operatoria, in *Risk Management*, Carocci Faber, 2007

- Procedura chirurgica su paziente o parte del corpo sbagliata;
- *Ritenzione di garze, taglienti e altri strumenti all'interno della sede chirurgica;*
- Lesioni da posizionamento intraoperatorio;
- Rischio infettivo;
- Rischi legati all'uso di farmaci;





Tipologia di Rischio in Sala Operatoria (Incident Reporting)



■ **Human errors occur because of:**

- Inattention
- Memory lapse
- Failure to communicate
- Poorly designed equipment
- Exhaustion
- Ignorance
- Noisy working conditions
- A number of other personal and environmental factors

Definizioni: Che cos'è l'evento avverso in medicina

“Danno causato ad un paziente dalla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia o un incidente (o mancato infortunio) di particolare rilevanza per le conseguenze che avrebbe potuto avere per il paziente. Un evento avverso attribuibile ad un errore è un evento prevenibile”

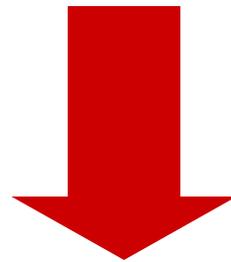
Institute of medicine, 2000



Più che di errore medico è preferibile parlare di evento avverso in medicina come fenomeno generato dall'intrecciarsi tra errori individuali e errori organizzativi...

I cambiamenti nel settore sanitario

- ✚ Rapido aumento della complessità delle strutture sanitarie
- ✚ Uso di strumenti tecnologici sempre più avanzati
- ✚ Farmaci sempre più potenti
- ✚ Crescente numero di atti medici per unità di tempo
- ✚ Pazienti sempre più consapevoli ed esigenti
- ✚ Aspettative di cura più elevate



Aumento degli errori, aumento delle cause civili per danni ai pazienti, aumento dei costi legati al rischio medico

Una organizzazione pensata sui limiti umani

- Le persone possono sbagliare nonostante le migliori intenzioni, competenze e la buona volontà
- Porre il focus sul contesto organizzativo e culturale anziché sulla performance individuale
- E' necessario supportare la motivazione, le abilità e le conoscenze degli operatori sanitari per identificare e gestire il rischio
- Promuovere una cultura di apprendimento e comunicazione

(Reason, 1999)

Chirurgo : Operatore sensibile al rischio...ed alle sue conseguenze

Approccio sistemico e cultura della sicurezza



WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

SAFE SURGERY SAVES LIVES

SECOND GLOBAL PATIENT SAFETY CHALLENGE

Perché occuparsi di sicurezza del paziente

Costi umani

Costi professionali

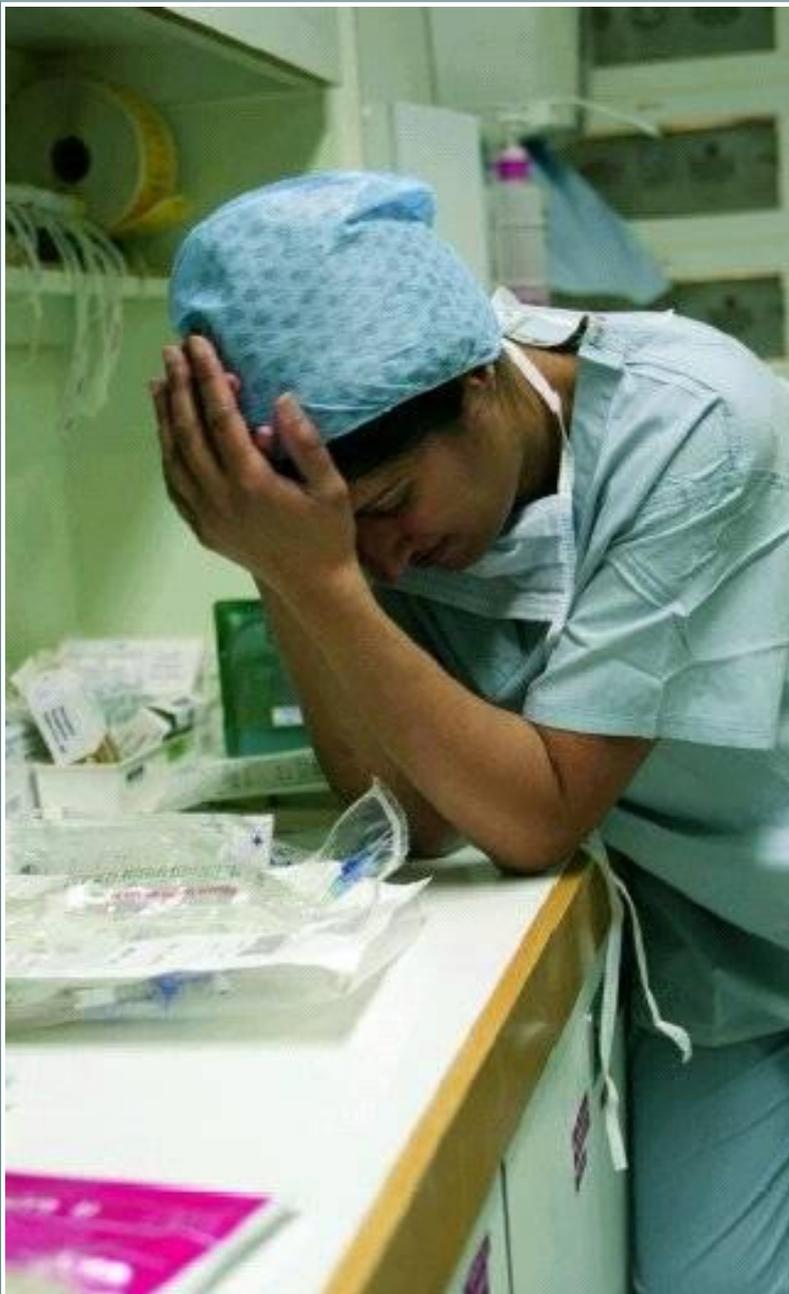
Costi economici

Costi politici



il Giornale

la Repubblica.it



Errore umano in medicina

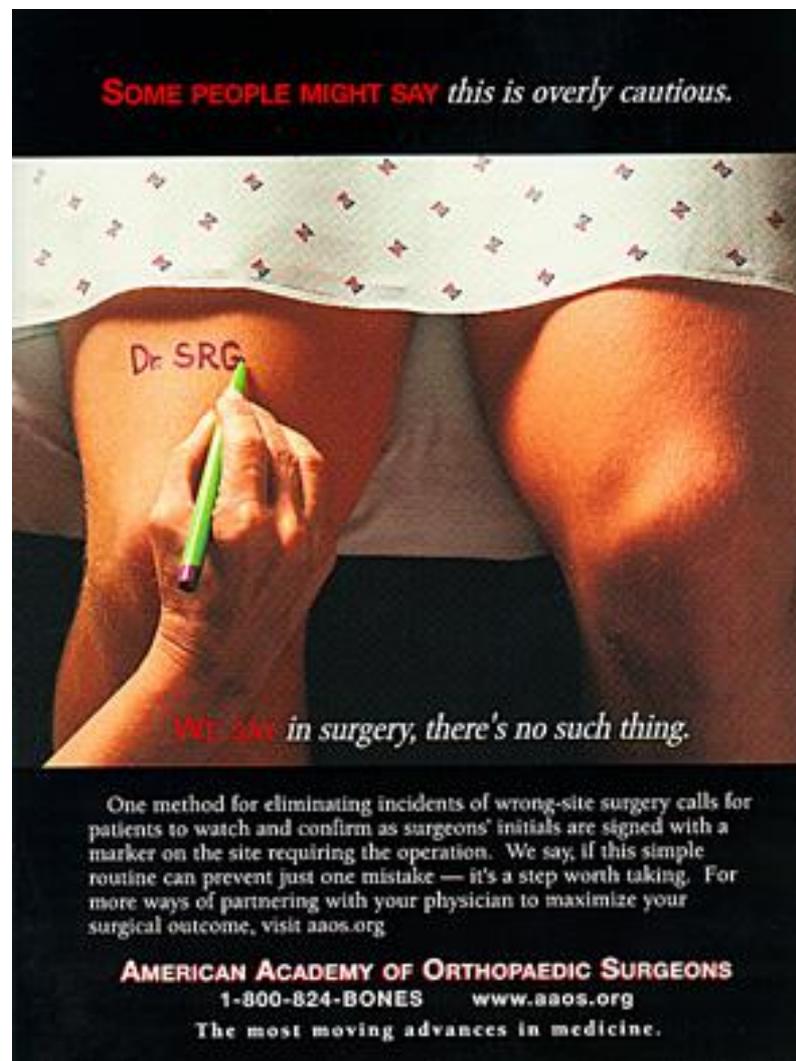
Quando ciò accade, la reazione più immediata e comune è individuare un colpevole e punirlo.

Questo approccio dimentica che anche quelli che appaiono come errori del singolo sono spesso, in realtà, il risultato della convergenza di molte concause.

La gestione del rischio funzione della sicurezza

“buon senso..a costo zero”

Il *“Clinical Risk Management”* è una funzione integrale della *“Clinical Governance”* che ha lo scopo di **identificare, valutare e contenere** i rischi secondo un criterio di priorità al fine di **minimizzare** le loro conseguenze negative. Il rischio è definito come *“la probabilità di incorrere in un errore umano e quindi in un possibile evento avverso”*



SOME PEOPLE MIGHT SAY *this is overly cautious.*

We say in surgery, there's no such thing.

One method for eliminating incidents of wrong-site surgery calls for patients to watch and confirm as surgeons' initials are signed with a marker on the site requiring the operation. We say, if this simple routine can prevent just one mistake — it's a step worth taking. For more ways of partnering with your physician to maximize your surgical outcome, visit aaos.org.

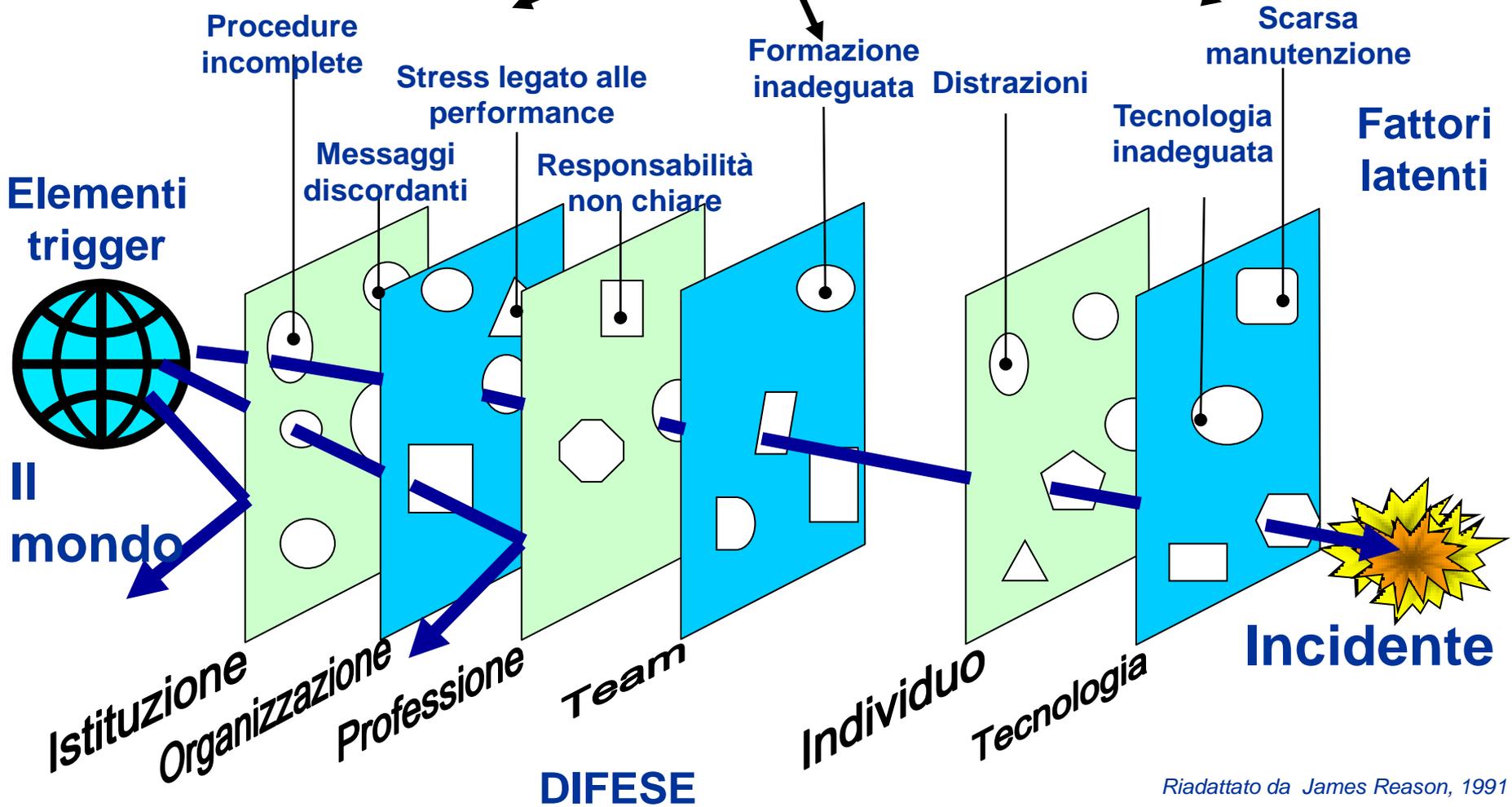
AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS
1-800-824-BONES www.aaos.org
The most moving advances in medicine.

L'ICEBERG degli incidenti

L'iceberg degli incidenti



Conflitto di obiettivi e vincoli



Ergonomia e Fattore Umano

“Ogni sistema è perfettamente organizzato per ottenere precisamente i risultati che ottiene”

Donald Berwick

*Dice che la frequenza di
errori medici è
spaventosamente alta*

*Questo spiega
la mia
isterectomia*

PERCEZIONE DELLA SICUREZZA IN OSPEDALE

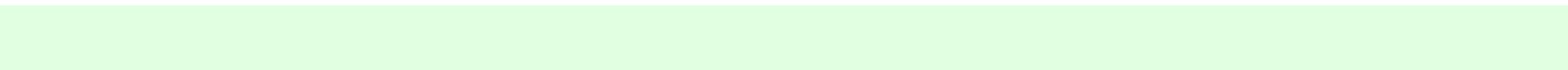
**1 paziente su 10 è del tutto sicuro
5 pazienti su 10 abbastanza sicuro
3 pazienti su 10 poco o per nulla sicuro**



Errori latenti



Possono essere legati:

- | **Alle tecnologie**
 - | **Alla gestione**
 - | **Alla organizzazione**
- 

Il rischio tecnologico



Al design scadente della strumentazione medica la FDA attribuisce circa 700 mila incidenti non intenzionali che ogni anno si verificano negli ospedali U.S.

(D B Burlington,
*Biomed Instrum
Technol* 1996)

Alle tecnologie:

(errori di progettazione, mancata manutenzione, insufficiente addestramento all'uso ...)



Alla gestione

(ad es. una non corretta distribuzione dei carichi di lavoro)

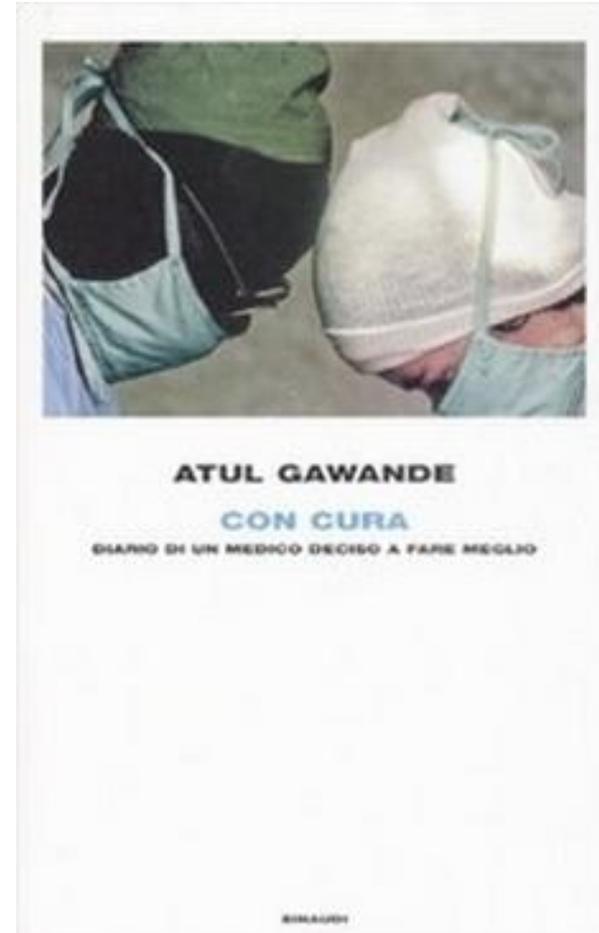


Alla organizzazione

(mancanza di chiarezza sui compiti da svolgere,
mancata motivazione del personale, ecc.)



“si entra nella professione convinti che sia una questione esclusivamente di capacità tecnica, acume diagnostico, saperci fare con i pazienti, per invece scoprire poi che bisogna vedersela con le risorse, il sistema, i rapporti con colleghi e pazienti e con i propri limiti”.



Generic non-technical skills

- Communication
- Teamwork
- Leadership
- Situation Awareness
- Decision Making
- Task Management
- Problem Solving
- Managing Stress and Fatigue



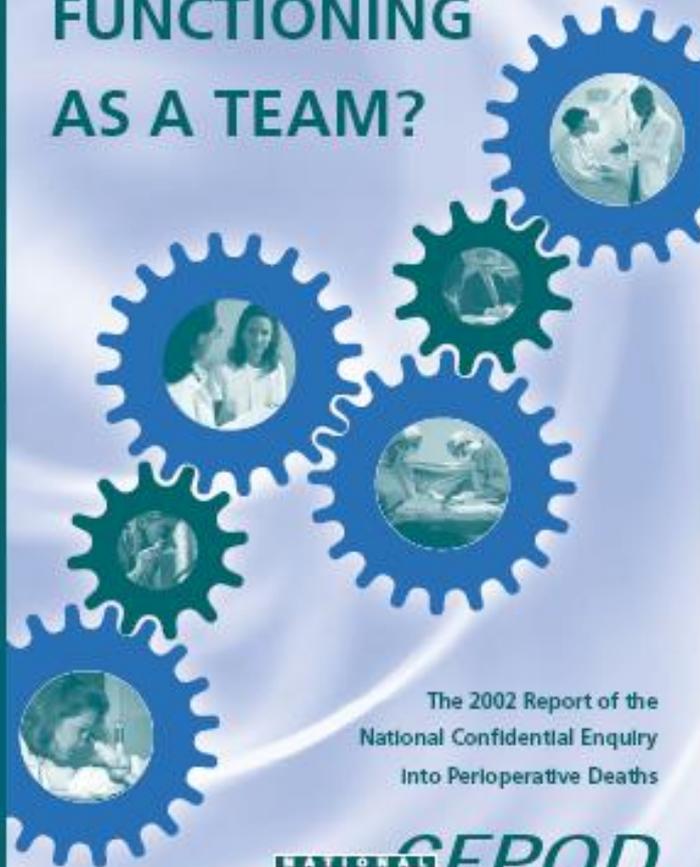
Flin et al., (2008)

Weiner, Kanki & Helmreich (Eds) (1993). *Cockpit Resource Management*. San Diego, CA: Academic Press





FUNCTIONING AS A TEAM?



The 2002 Report of the
National Confidential Enquiry
Into Perioperative Deaths

CEPOD



In terms of applying human factors research, David Woods of Ohio State University describes a process of reporting, investigation, innovation, and dissemination (David Woods, personal communication, December 17, 1998). |

Le società scientifiche e le associazioni dei pazienti hanno condiviso alcune liste di **prestazioni da non fare** perché non supportate da adeguate evidenze



American Academy of Allergy, Asthma & Immunology



Five Things Physicians and Patients Should Question

1

Don't perform unproven diagnostic tests, such as immunoglobulin G (IgG) testing or an indiscriminate battery of immunoglobulin E (IgE) tests, in the evaluation of allergy.

Appropriate diagnosis and treatment of allergies requires specific IgE testing (either skin or blood tests) based on the patient's clinical history. The use of other tests or methods to diagnose allergies is unproven and can lead to inappropriate diagnosis and treatment. Appropriate diagnosis and treatment is both cost effective and essential for optimal patient care.

2

Don't order sinus computed tomography (CT) or indiscriminately prescribe antibiotics for uncomplicated acute rhinosinusitis.

Viral infections cause the majority of acute rhinosinusitis and only 0.5 percent to 2 percent progress to bacterial infections. Most acute rhinosinusitis resolves without treatment in two weeks. Uncomplicated acute rhinosinusitis is generally diagnosed clinically and does not require a sinus CT scan or other imaging. Antibiotics are not recommended for patients with uncomplicated acute rhinosinusitis who have mild illness and assurance of follow-up. If a decision is made to treat, amoxicillin should be first-line antibiotic treatment for most acute rhinosinusitis.

3

Don't routinely do diagnostic testing in patients with chronic urticaria.

In the overwhelming majority of patients with chronic urticaria, a definite etiology is not identified. Limited laboratory testing may be warranted to exclude underlying causes. Targeted laboratory testing based on clinical suspicion is appropriate. Routine extensive testing is neither cost effective nor associated with improved clinical outcomes. Skin or serum-specific IgE testing for inhalants or foods is not indicated, unless there is a clear history implicating an allergen as a provoking or perpetuating factor for urticaria.

4

Don't recommend replacement immunoglobulin therapy for recurrent infections unless impaired antibody responses to vaccines are demonstrated.

Immunoglobulin (immunoglobulin) replacement is expensive and does not improve outcomes unless there is impairment of antigen-specific IgG antibody responses to vaccine immunizations or natural infections. Low levels of immunoglobulins (isotypes or subclasses), without impaired antigen-specific IgG antibody responses, do not indicate a need for immunoglobulin replacement therapy. Exceptions include IgG levels <150mg/dl and genetically defined/suspected disorders. Measurement of IgG subclasses is not routinely useful in determining the need for immunoglobulin therapy. Selective IgA deficiency is not an indication for administration of immunoglobulin.

5

Don't diagnose or manage asthma without spirometry.

Clinicians often rely solely upon symptoms when diagnosing and managing asthma, but these symptoms may be misleading and be from alternate causes. Therefore spirometry is essential to confirm the diagnosis in those patients who can perform this procedure. Recent guidelines highlight spirometry's value in stratifying disease severity and monitoring control. History and physical exam alone may over- or under-estimate asthma control. Beyond the increased costs of care, repercussions of misdiagnosing asthma include delaying a correct diagnosis and treatment.



American College of Radiology



Five Things Physicians and Patients Should Question

1

Don't do imaging for uncomplicated headache.

Imaging headache patients absent specific risk factors for structural disease is not likely to change management or improve outcome. These patients with a significant likelihood of structural disease requiring immediate attention are detected by clinical screens that have been validated in many settings. Many studies and clinical practice guidelines concur. Also, incidental findings lead to additional medical procedures and expense that do not improve patient well-being.

2

Don't image for suspected pulmonary embolism (PE) without moderate or high pre-test probability of PE.

While deep vein thrombosis (DVT) and PE are relatively common clinically, they are rare in the absence of elevated blood d-Dimer levels and certain specific risk factors. Imaging, particularly computed tomography (CT) pulmonary angiography, is a rapid, accurate and widely available test, but has limited value in patients who are very unlikely, based on serum and clinical criteria, to have significant value. Imaging is helpful to confirm or exclude PE only for such patients, not for patients with low pre-test probability of PE.

3

Avoid admission or preoperative chest x-rays for ambulatory patients with unremarkable history and physical exam.

Performing routine admission or preoperative chest x-rays is not recommended for ambulatory patients without specific reasons suggested by the history and/or physical examination findings. Only 2 percent of such images lead to a change in management. Obtaining a chest radiograph is reasonable if acute cardiopulmonary disease is suspected or there is a history of chronic stable cardiopulmonary disease in a patient older than age 70 who has not had chest radiography within six months.

4

Don't do computed tomography (CT) for the evaluation of suspected appendicitis in children until after ultrasound has been considered as an option.

Although CT is accurate in the evaluation of suspected appendicitis in the pediatric population, ultrasound is nearly as good in experienced hands. Since ultrasound will reduce radiation exposure, ultrasound is the preferred initial consideration for imaging examination in children. If the results of the ultrasound exam are equivocal, it may be followed by CT. This approach is cost-effective, reduces potential radiation risks and has excellent accuracy, with reported sensitivity and specificity of 94 percent.

5

Don't recommend follow-up imaging for clinically inconsequential adnexal cysts.

Simple cysts and hemorrhagic cysts in women of reproductive age are almost always physiologic. Small simple cysts in postmenopausal women are common, and clinically inconsequential. Ovarian cancer, while typically cystic, does not arise from these benign-appearing cysts. After a good quality ultrasound in women of reproductive age, don't recommend follow-up for a classic corpus luteum or simple cyst <5 cm in greatest diameter. Use 1 cm as a threshold for simple cysts in postmenopausal women.

Pratiche per la sicurezza

 Appropriatezza terapia antibiotica

 Rischio nutrizionale

 Prevenzione infezioni CVC

 Prevenzione delle cadute

 Check list di sala operatoria

 Corretta identificazione paziente

 Audit clinico

 Gestione del dolore

 Gestione farmaci antiblastici

 Comunicazione difficile

 Igiene mani

 Incident reporting

 Segnalazione evento sentinella

 Prevenzione ulcere da pressione

 Prevenzione infezioni da ventilazione medicalmente assistita

 Scheda Terapeutica Unica

 Rassegna mortalità e morbilità

 Gestione Terapia Anticoagulante Orale

 Adozione indice deterioramento cardiaco

 Handover

 Prevenzione Trombosi Venosa Profonda

 Emorragia post-partum

 Prevenzione distocia di spalla

 Sorveglianza delle antibiotico resistenze

Gli strumenti per migliorare i livelli di sicurezza del paziente

- Ridurre la complessità
- Ottimizzare l'informazione sul processo
- Non affidarsi troppo alla memoria
- Automatizzare con saggezza
- Usare delle costrittività
- Mitigare gli effetti indesiderati del cambiamento
- Favorire il lavoro di team
- Standardizzare
- Riprogettare sulla base degli errori

(Nolan, BMJ 2000 - modificata)

10 sfide ed ostacoli da vincere per aumentare la sicurezza

1. Atteggiamenti: non possiamo fare meglio (amministrazione e clinici)
2. Mentalità dell' errore: focalizzarsi sull' individuo e l' evento immediato (non avere la mente aperta alle cause sottostanti)
3. Paura: di essere rimproverato o trovato in errore, o di danneggiare la propria immagine (influisce sulle segnalazioni)
4. Carico di lavoro: non c' è tempo per raccogliere i dati o lavorare sul problema

5. Rapporti amministrazione-clinici: mancanza di comunicazione e cooperazione
6. Rapporti inter-professionali: la maggior parte dei rischi nascono tra professioni – scarsa comunicazione e cooperazione
7. Alto turnover del personale: riduce la comprensione della organizzazione e dell'impiego dei metodi
8. Mancanza di conoscenza: di possibili miglioramenti e riduzioni di costo e dell'impiego di metodi per la sicurezza clinica e la gestione del rischio nella pratica
9. Mancanza di leadership: che focalizzi i problemi importanti, acquisisca risorse ed introduca ed implementi i cambiamenti
10. Altro

Mission Impossible?





..per cambiare le cose
serve il contatto diretto
con le persone...

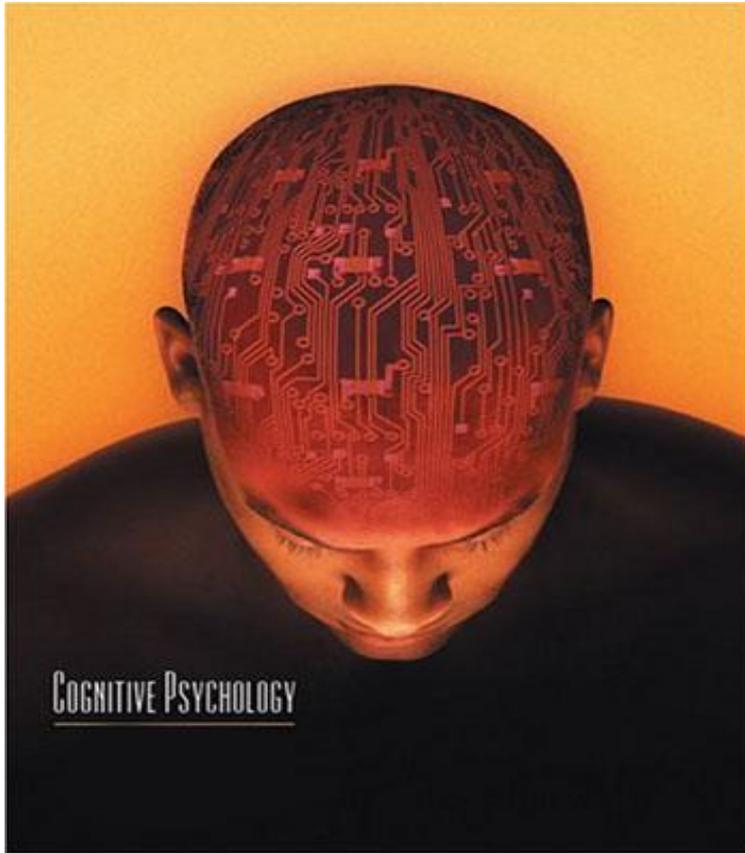
Atul Gawande

*" Dobbiamo cercare di costruire un sistema
che
renda facile fare le cose giuste e
renda difficile fare quelle sbagliate "*

JULIE CAROL MISSON BAPPSC (NURSING)

Planning and Quality Unit, Bendigo Health Care Group, Bendigo, Victoria 3552,

Australia



La conoscenza e l'errore
hanno le stesse origini
mentali solo il successo può
distinguere l'uno dall'altro

Ernst Mach, 1910

Se il medico protegge solo se stesso

Si chiama «medicina difensiva»: è il moltiplicarsi inutile, invasivo e costoso di esami, accertamenti e indagini diagnostiche. Eseguiti non per il bene del paziente, ma per tutelare clinici e ospedali da eventuali denunce da parte dei malati. Questa pratica, però, sta diventando un problema ingestibile. Per il bilancio della sanità.



di Giuseppe Bonfiglio

vicepresidente dell'Ordine dei medici di Milano e ortopedico del Cto.

La «medicina difensiva» è uno dei più grossi problemi che abbiamo in sanità: ossia il ricorso a esami, test, accertamenti, prestazioni che il medico richiede non per tutelare il paziente bensì se stesso, per preservarsi da richieste di atti risarcitori e denunce. Purtroppo tutto questo si traduce in una spesa che nel 2014 è arrivata a 13 miliardi di euro, l'equivalente di una manovra finanziaria. Soldi buttati via. Per la medicina difensiva si spende ormai poco meno di quanto si investe in ricerca.

Alla base di questo atteggiamento iper-cautelativo c'è l'aumento di denunce da parte dei pazienti: dal 1998 a oggi le azioni di rivalsa contro i medici sono aumentate di 4-5 volte. È cambiato il rapporto medico-paziente. Non sempre in peggio, certo, ma oggi il malato ha aspettative alte, vuole che il medico risolva tutti i problemi, pretende la guarigione. Ma il medico può curare, non sempre guarire. Ed è difficile da accettare: così se non guarisco è colpa del medico o dell'ospedale, che diventano il bersaglio di cause e denunce. Le assicurazioni in campo sanitario hanno raggiunto costi in totale di 500 milioni di euro. E i premi assicurativi sono lievitati: 6-8

mila euro l'anno per un ortopedico, 18 mila per un chirurgo plastico, 14 mila per un ginecologo (le specialità maggiormente sottoposte ad azioni risarcitorie). Tanti ospedali hanno scelto l'auto-assicurazione, ossia accantonano ogni anno una cifra per coprire potenziali rischi: 3 milioni di euro l'anno in media per gli ospedali grossi, una cifra non sempre sufficiente e ottenuta facendo tagli altrove.

Da tutto questo, però, il paziente non trae beneficio, al contrario. Se c'è un sospetto di malattia è giusto fare tutti gli accertamenti necessari. Ma è sempre così? È sempre giustificata una tale spesa? L'accumulo di raggi X, tac, risonanze magnetiche e altro causa lunghe liste d'attesa e ritardi nel trattamento terapeutico; senza contare il moltiplicarsi di esami invasivi o sgradevoli, o semplicemente inutili.

Infine: il medico pensa di tutelarsi, ma la medicina difensiva rischia di diventare un boomerang, un elemento di colpa. Faccio un esempio: se io richiedo quattro risonanze magnetiche e poi mi trovo di fronte al giudice per una denuncia, quel giudice si chiederà come mai ho fatto fare quattro volte gli stessi esami e non ho affrontato prima il problema di quel paziente. Perché ho perso tempo prezioso prima di giungere a una diagnosi e una cura.

È un fenomeno di difficile soluzione. Ma che va affrontato. In Italia la spesa globale della sanità sale di 2,2 punti percentuali l'anno. Nel 2014 è costata 112 miliardi di euro, una cifra impressionante. Quando si parlerà di tagli alla sanità, i costi inutili della medicina difensiva dovrebbero essere un argomento centrale. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 miliardi

di euro: è il costo della «medicina difensiva» in Italia nel 2014, equivalente quasi al 10 per cento della spesa sanitaria e a 0,7 punti di Pil, secondo i calcoli di Guido De Spirt, amministratore delegato di Willis Italia, leader mondiale nel brokeraggio assicurativo.

Responsabilità Professionale dell'operatore sanitario e sicurezza delle cure:

Un binomio possibile ?

La Legge "Gelli": Punto di Vista della Gestione del Rischio Clinico

Disegno di Legge in Materia di Responsabilità Professionale del Personale Sanitario

CAMERA DEI DEPUTATI

Attesto che la Camera dei deputati ha approvato, il 28 gennaio 2016, il seguente testo unificato delle proposte di legge d'iniziativa dei deputati Fucci; Fucci; Grillo, Ceccoli, Dall'Osso, Di Vita, Lorefice, Mantero, Baroni e Silvia Giordano; Calabrò, Fucci ed Elvira Savino; Vargiu, Binetti, Gigli e Monchiero; Miotto, Lenzi, Amato, Bellanova, Beni, Paola Bragantini, Burtone, Capone, Carnevali, Casati, D'Incecco, Fossati, Gelli, Iori, Murer, Patriarca, Piccione e Sbröllini; Monchiero, Rabino, Oliaro, Binetti, Matarrese e Gigli; Formisano:

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

ART. 1.

(Sicurezza delle cure in sanità).

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle aziende sanitarie pubbliche è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

259-262-1312-1324-1581-1769-1902-2155

ART. 2.

(Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinarne la struttura organizzativa, che preveda la rappresentanza delle associazioni dei pazienti e il supporto tecnico.
2. Il Difensore civico, nella sua funzione di garante per il diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria.

NORD MILANO **deputati PD**

PRESENTAZIONE LEGGE "RESPONSABILITA' DEL PERSONALE SANITARIO"

La Camera ha approvato la legge sulla Responsabilità Professionale del Personale Sanitario che affiora e disciplina i temi della sicurezza delle cure e del rischio sanitario, con lo scopo di migliorare il livello di tutela dei pazienti, rafforzare le garanzie e tutele per chi esercita la professione sanitaria, concentrare la responsabilità sulla struttura ospedaliera. La legge è al vaglio del Senato, quindi soggetta a modifiche. Per far conoscere la proposta, per raccogliere opinioni, per valutare le ricadute, abbiamo organizzato un incontro con il relatore della legge, nonché Responsabile Nazionale del PD per la sanità. Ci farebbe molto piacere e sarebbe anche molto utile la sua presenza.

Invito:
lunedì 18 aprile 2016 alle 18.00
Villa Ghirlanda Silva, Sala Piamaggi - Via Fria, Cinisello Balsamo
Saluto del Sindaco di Cinisello Balsamo **Siria Trezzi**

Federico Gelli - Deputato Relatore della legge alla Camera e Responsabile Nazionale PD Sanità

Simone Facchinetti - Avvocato e Docente Management Professione Sanitaria
Adolfo Bertani - Presidente CINEAS
Sonia Ribera - Segretaria CGIL Medici Lombardia
Daniilo Mazzacane - Segretario CISL Medici Milano Metropoli
Giuseppe Ricciardi - Segretario Regionale CIMO
Sara Valmaggia - Vice Presidente Consiglio Regionale Lombardia
Ezio Casati - Deputato Commissione Parlamentare Affari Sociali
Daniela Gasparini - Deputata Commissione Parlamentare Affari Costituzionali

XVII Legislatura - Deputati PD del Nord Milano - Ezio Casati, Daniela Gasparini



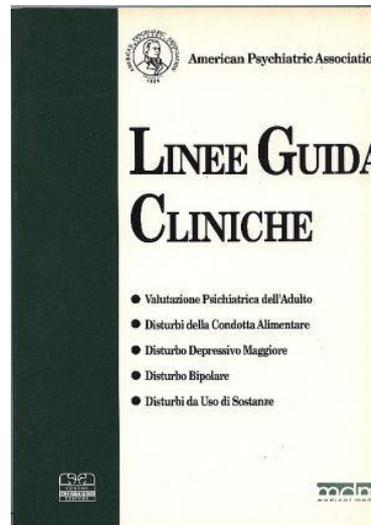
Emendamento approvato in Commissione Igiene e Sanità

da Disposizioni in materia di **responsabilità
professionale** del personale sanitario

il titolo del DDL diventa

Disposizioni in materia di **sicurezza delle cure**
e di responsabilità professionale degli esercenti
le professioni sanitarie

L'**articolo 6** modifica il **Codice Penale** introducendo il 590-ter. l'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, solo in caso di colpa grave o dolo. La colpa grave viene però esclusa quando, **salve le rilevanti specificità del caso concreto**, vengono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali. Nel mentre, in attesa che queste linee guida vengano emanate da società scientifiche riconosciute con apposito decreto dal Ministero della Salute, è stata inserita una norma transitoria che, per evitare vuoti normativi, prevede l'applicazione della legge Balduzzi.



Il Governo Clinico nell'era dell'Evidence-Based Practice



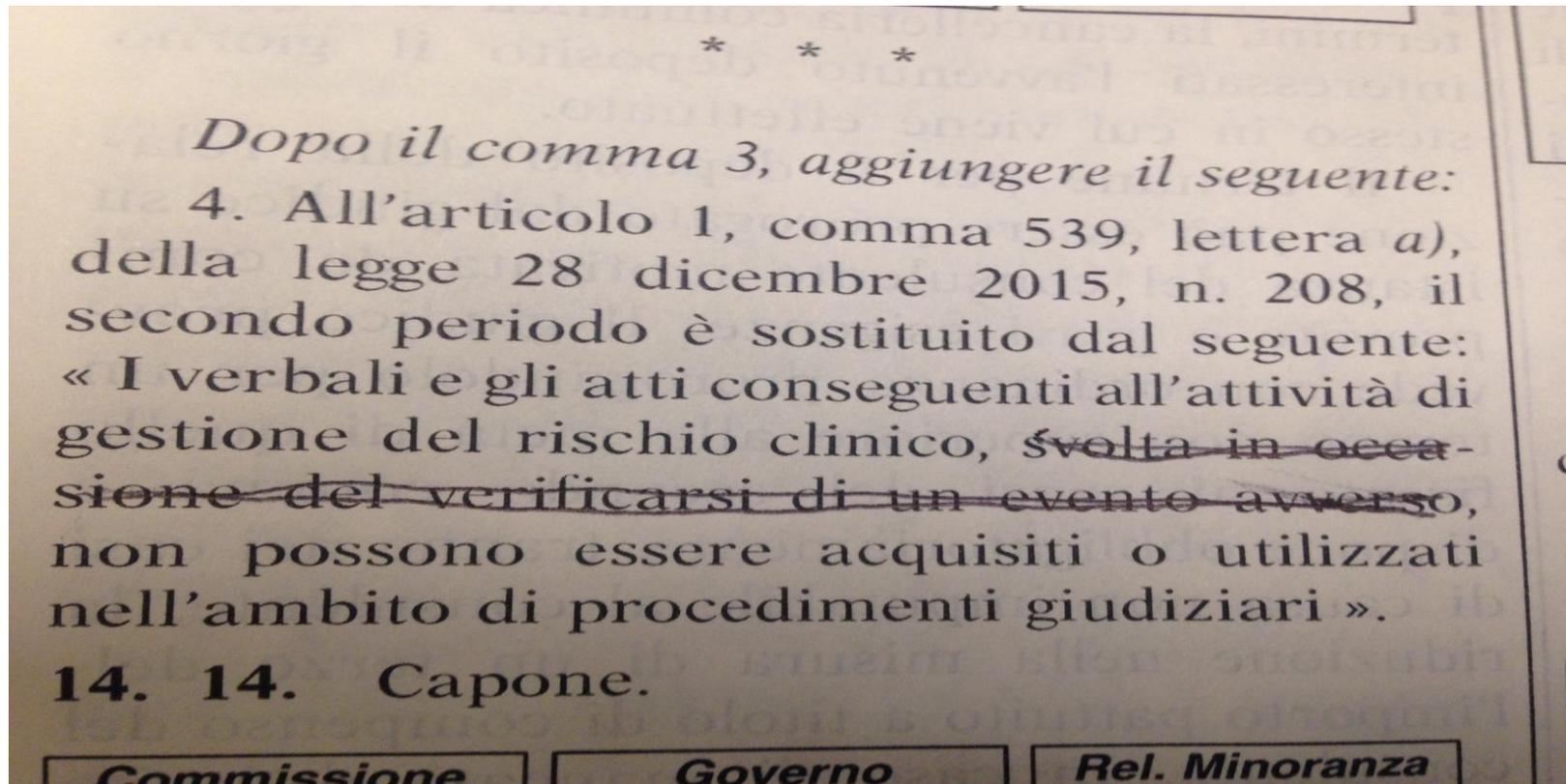
Infine, l'articolo 10 disciplina la **nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria**. Nel nuovo testo si spiega che, nei procedimenti civili e penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico legale e a uno specialista nella disciplina oggetto del giudizio. A tal fine, negli albi dei consulenti e dei periti dovranno essere indicate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina, l'esperienza da loro maturata, il numero degli incarichi conferiti e quelli revocati. Infine, si spiega che gli albi dei periti dovranno essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche di area sanitaria, anche coinvolgendo società scientifiche.

CTU
Consulenza Tecnica d'Ufficio



EMENDAMENTI ESSENZIALI

CONFIDENZIALITA' AUDIT CLINICI ED M&Ms



Imparare dagli errori

(McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. BMJ (Clin Res Ed) 1983;287:1919-23.)

Imparare solo dai propri errori sarebbe un processo lento e penoso e comporterebbe un prezzo ingiustificato per alcuni pazienti. Le esperienze devono essere condivise...

Ciò richiede la disponibilità ad ammettere di avere sbagliato e a discutere i fattori che possono essere stati responsabili dell'errore.

È quindi necessario un atteggiamento critico

Nessun tipo di fallibilità è più importante e meno compresa della fallibilità nella pratica medica. Ma gli errori devono essere registrati e analizzati...

Imparare dagli errori

(McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. BMJ (Clin Res Ed) 1983;287:1919-23.)

Essere una autorità è spesso considerato un ideale professionale sia nella scienza sia nella medicina.

L'autorità tende a diventare importante in quanto tale; non ci si aspetta che sbagli, e se lo fa, i suoi errori tendono a essere coperti per sostenere il principio di autorità.

Sebbene sia giusto rispettare la conoscenza e l'esperienza dei clinici anziani, questi non andrebbero considerati come "autorità", nel senso di essere immancabilmente nel giusto.

Un ambiente nel quale il personale sanitario più giovane non riesce a mettere in discussione le decisioni e le azioni del personale più anziano è pericoloso per i pazienti.

**“Non possiamo cambiare gli esseri umani ma le condizioni in cui lavorano”
(James Reason Firenze, 2003)**

Multidisciplinary centre for safety and quality improvement: learning from climate changing science (Vincent C, BMJ QSHC, 2010)

Potranno mai diventare gli ospedali organizzazioni ad alta affidabilità? (Bagnara S, Tartaglia R, Applied Ergonomics, 2011)

Why is it so hard? 17 years for research evidence to reach clinical practice. (Pedersen B, HEPS, 2011)

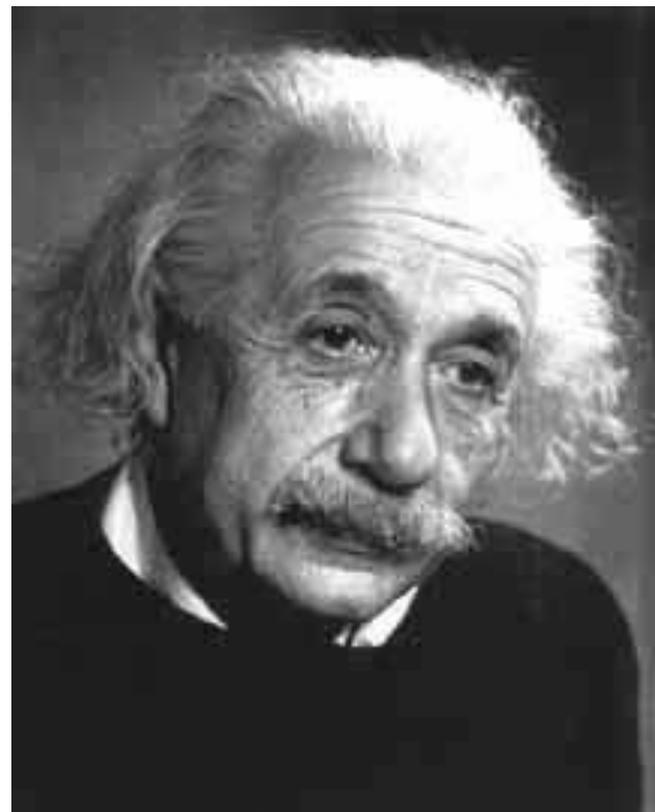
Despite a decade's worth of effort patient safety has improved slowly.....(Paul G Shekelle, Ann Intern Med, 2011)

**“Signore e Signori, I soldi sono finiti adesso dobbiamo usare il cervello”
(John Ovretveit Firenze, 2012)**

“Per cambiare le norme e le abitudini serve il contatto diretto con le persone” (Atul Gawande, The Newyorker, 2013)

Approccio culturale alla qualità e sicurezza delle cure

“I problemi che abbiamo oggi non saranno mai risolti all'interno della stessa cultura che li ha generati”



We must NOT ignore problems, but FACE them!!!



Grazie per l'attenzione

