

# SItI ANMDO

## Sezione Lazio

Giornata di studio su:

**Ruolo dell'Igienista nella gestione  
del rischio clinico in Sanità.**

Roma 5 ottobre 2007

**Negli ultimi anni aumento della conflittualità.**

**Sinistri denunciati in Italia  
nel periodo 1994 – 2002  
da 8.000 casi a 15.000 casi l'anno**

**Crescita del costo medio dei sinistri**  
( Fonte ANIA )

**La sicurezza delle attività sanitarie deriva dalla capacità di progettare e gestire organizzazioni in grado:**

- di ridurre la probabilità che si verifichino errori (prevenzione);**
- contenere gli effetti degli errori che comunque si verificano (protezione)**

# Gestione del contenzioso legale

L'analisi della casistica delle denunce è base metodologica per la conoscenza dell'errore e prevenzione dei conflitti.

Si ispira a studi che gli anglosassoni definiscono "epidemiology of errors"

# Obiettivi dello studio

- evidenziare le condotte mediche più a rischio;
- ottenere informazioni relative a priorità e gravità degli incidenti;
- catalogare i vari tipi di errore associandoli a precisi meccanismi conoscitivi;
- pianificare le strategie di intervento per ogni tipo di errore.

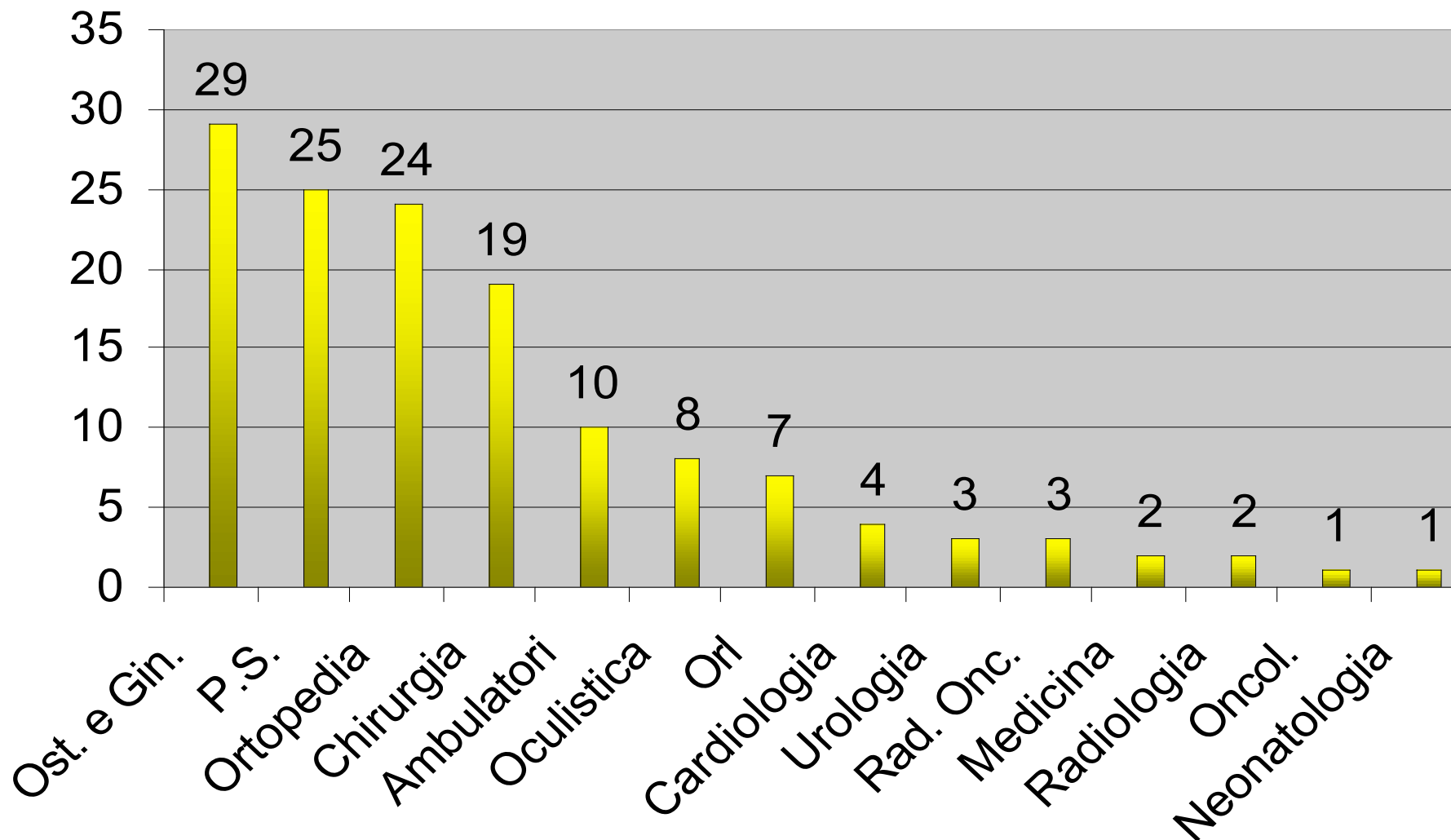
# Materiali e metodi dello studio

**Struttura ospedaliera sede di DEA I livello (480 posti letto)**

**Fonte:**

- **richieste di risarcimento danni (2002–06)**
- **relative cartelle cliniche (138 casi)**
- **commenti tecnici dei sanitari coinvolti**
- **atti di citazione**
- **C.T.U., Perizie, C.T.P.**

## Distribuzione dei casi per disciplina specialistica nel presidio ospedaliero



# Fenomeno della malpractice in Italia.

(fonte: Osservatorio Nazionale Malpractice Medica, 2004)

SPECIALISTICHE	N° CASI SEGNALATI	N° CASI RICONOSCIUTI	<u>SEGNALATI</u> RICONOSCIUTI x 100
CHIRURGIA GENERALE	181	105	58%
OSTETRICIA-GINECOL.	162	123	76%
ORTOPEDIA	146	95	65%
MEDICINA GENERALE	123	46	37%
ANESTESIA-RIANIMAZ.	119	40	33%
ONCOLOGIA	119	19	16%
PRONTO SOCCORSO	81	48	59%
CARDIOCHIRURGIA	45	19	42%
NEFRO-UROLOGIA	34	13	38%
RADIOLOGIA	35	25	71%

# Fenomeno della malpractice in Italia

( fonte: Osservatorio Nazionale Malpractice Medica, 2004)

<b>CARDIOLOGIA</b>	<b>34</b>	<b>8</b>	<b>23%</b>
<b>NEUROCHIRURGIA</b>	<b>30</b>	<b>13</b>	<b>43%</b>
<b>CHIRURGIA PLASTICA</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>77%</b>
<b>ODONTOIATRIA</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>87%</b>
<b>OCULISTICA</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>80%</b>
<b>NEONATOLOGIA</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>63%</b>
<b>O.R.L.</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>55%</b>
<b>GASTROENTEROLOGIA</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>26%</b>
<b>ANATOMIA PATOL.</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>81%</b>
<b>ALTRE</b>	<b>51</b>	<b>22</b>	<b>43%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1293</b>	<b>768</b>	<b>59%</b>

## Non hanno ricevuto denunce:

- ANESTESIA-RIANIMAZIONE;
- UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA CORONARICA;
- PEDIATRIA;
- NEUROLOGIA.

## Hanno ricevuto una sola denuncia:

- NEONATOLOGIA;
- ONCOLOGIA.

**Efficace comunicazione tra operatori  
sanitari, pazienti e familiari**

## Distribuzione secondo le cause di contenzioso

MOTIVO CONTENZIOSO	N° CASI	%
Complicanze processi assistenziali	83	60 %
Diagnosi errate o mancate	25	18 %
Trattamenti ritenuti inadeguati o dal risultato insoddisfacente	11	8 %
Cadute accidentali dei pazienti	11	8 %
Non definibile	8	6 %
<b>TOTALE</b>	<b>138</b>	<b>100 %</b>

## Complicanze dei processi assistenziali ( 83 casi )

TIPO DI ERRORE	N° CASI
Inadeguata esecuzione tecnica di atti medici	63
Inosservanza di procedure assistenziali	13
Inadeguatezza presidi e materiali utilizzati	2
Carenza organizzativa	1
Scarsa compliance dei pazienti	2
Non definibili	2
<b>TOTALE</b>	<b>83</b>

# Strategie di prevenzione

- **Migliorare la comunicazione tra professionisti**  
*(ad es. precisare il quesito diagnostico per l'esecuzione di proiezioni radiografiche mirate)*
- **Migliorare la comunicazione con il paziente**  
*(indirizzarlo nella gestione della sua patologia per ottenere la migliore collaborazione possibile)*
- **Effettuare audit clinici nelle singole Unità Operative**  
*(analisi degli eventi avversi e elaborazione di azioni migliorative)*
- **Stabilire procedure diagnostiche e linee di condotta**  
*(integrare la propria esperienza con le più documentate prove di efficacia)*

L'inadeguata comunicazione è la prima causa di errore in medicina, come dimostrato dalle Root Cause Analysis effettuate dalla Joint Commission sugli eventi sentinella denunciati.

## Spunti di riflessione

- Mutato concetto di malattia e profondo cambiamento delle attese e delle pretese dei pazienti.
- L'opinione pubblica spesso confonde l'errore medico con l'insuccesso del trattamento.
- Mutata attenzione del paziente alla adeguatezza scientifica delle cure sostenute.
- Progressiva sfiducia nel medico con tendenza a controllare ogni singolo atto chiedendo sistematica conferma della correttezza ad altro sanitario

# Cadute accidentali

La JCAHO considera la *caduta* un **EVENTO SENTINELLA**.

Questo è definito come: << un particolare tipo di indicatore sanitario, la cui soglia di allarme è 1; il verificarsi anche di un solo caso è sufficiente a rendere immediata un'analisi conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili >>

È utilizzato come uno degli indicatori per il monitoraggio della qualità dell'assistenza

## Strategie di prevenzione cadute accidentali

Monitoraggio delle cadute accidentali, mediante segnalazione con scheda di rilevazione che contenga informazioni su:

- luogo dell'evento
- modalità dell'evento
- tipo di danno
- sede del danno

# Osservatorio epidemiologico del contenzioso

- rilevare gli eventi sentinella;
- rilevare le motivazioni soggettive che inducono il paziente alla denuncia;
- rilevare la tipologia, gravità, frequenza degli errori per singole Unità Operative;
- rilevare i costi degli errori;
- rilevare le fasi del processo in cui si verificano gli errori;
- rilevare i comportamenti omissivi o commissivi del personale sanitario;
- rilevare le carenze tecnologiche, strutturali ed organizzative che causano e/o favoriscono gli eventi avversi;
- rilevare l'entità del danno ai pazienti;
- promuovere e monitorare le azioni migliorative adottate dai sanitari per ridurre il rischio

# Strumenti operativi

**Adottare una scheda di rilevazione al fine di standardizzare le informazioni sui singoli casi di responsabilità professionale;**

Costituire un **DATA BASE** per la raccolta delle informazioni, i cui campi principali sono:

- Unità Operativa interessata dal contenzioso;**
- Tempo intercorso tra evento e data di richiesta risarcimento danni;**
- Tipologia delle richieste ( responsabilità civile e/o penale );**
- Tipologia della colpa ( comportamenti omissivi o commissivi );**
- Motivazioni del contenzioso;**
- Entità o gravità del danno;**
- Andamento dell'iter giudiziario;**
- Costi sostenuti dalla struttura per ogni sinistro.**