

# **Errore e responsabilità nelle organizzazioni sanitarie complesse**

Medici, Giuristi, Decisori e Cittadini  
a confronto per un progetto di cambiamento

## **Il perché del Convegno**

Ivo Casagrande. DEA di Alessandria

*Saint Vincent 29-30 ottobre 2010*



"improving knowledge and scientific interchange in emergency medicine"



## **Articolo 1 - denominazione**

L'associazione è interdisciplinare e riunisce medici con ogni specializzazione , altri professionisti e cultori, di ogni nazionalità , che operano nell'ambito della medicina d'emergenza-urgenza

Nonché nella progettazione e realizzazione di tecnologie biomediche nel settore della medicina d'emergenza-urgenza



## Articolo 2 - scopi

L'associazione ha i seguenti scopi:

- promuovere e realizzare ricerca scientifica in ambito clinico, epidemiologico, tecnologico e organizzativo specie attraverso studi multicentrici,
- promuovere e realizzare pubblicazioni e divulgazioni scientifiche
- promuovere e realizzare eventi quali corsi di formazione e di aggiornamento, seminari, convegni congressi, meeting e ogni altro evento con scopi scientifici, anche con l'utilizzo di strumenti informatici innovativi per la simulazione e la didattica avanzata.
- promuovere l'interscambio scientifico nel campo della medicina d'urgenza
- adempiere le funzioni che le siano attribuite dalla legge e dalla Pubblica Amministrazione

# L'errore medico

- Vi sono molte prove che l'errore medico è comune

Wears RL, Leope LC. Ann Emerg Med, 1999

### il caso

FLAVIA AMABILE  
ROMA

In Italia nell'ultimo anno ogni tre giorni è morta una persona per malasanità. E' una cifra enorme, basata sul lavoro della Commissione parlamentare sugli errori sanitari presieduta da Leoluca Orlando. Sono stati 242 i casi di malasanità nel nostro Paese in poco più di un anno, da fine aprile 2009 a metà settembre 2010. Di questi, 163 si sono conclusi con la morte del paziente e 186 sono attribuibili a presunti errori mentre 56 ad altre cause.

In media, insomma, ogni mese, si contano 15 casi di presunta malasanità che finiscono sotto la lente d'ingrandimento della Commissione errori. Di questi, circa la metà sono concentrati in due sole regioni: Calabria (50) e Sicilia (38).

#### IPUNTI CRITICI

La gran parte degli errori registrati in presidi piccoli e inefficienti

#### LA REPLICA

L'Ordine dei medici: il nostro sistema resta uno dei più sicuri al mondo

La Calabria ha il triste record dei morti, sono 50 gli episodi all'esame della Commissione errori, i morti legati a presunti - presunti finché la magistratura non lo accerta - casi di malasanità. Alto il nume-



### La malasanità nelle regioni

DA FINE APRILE 2009  
A METÀ SETTEMBRE 2010

■ CASI  
■ DECESSI

Calabria	64	50
Sicilia	52	38
Puglia	15	9
Campania	15	12
Lombardia	15	4
Veneto	14	6
Toscana	12	7
E. Romagna	9	7
Liguria	8	8
Piemonte	6	2
Lazio	2	14
Friuli V.G.	2	1
Abruzzo	2	2
Marche	1	1
Umbria	1	-
Basilicata	1	-
Trentino A. A.	1	-

TOTALE 242 163  
Fonte: COMM. PARLAM. ERRORI SANITARI

# La malasanità che uccide: un morto ogni tre giorni

## Sanità. Il bilancio della commissione Errori medici: il 50% in Calabria e Sicilia

Un infortunio ogni due giorni, mortale in sette casi su dieci. È il bilancio redatto dalla commissione parlamentare che vigila sugli errori medici, e che ha monitorato il periodo da aprile 2009 a settembre 2010.

Sotto l'esame dei parlamentari sono finiti 242 casi, con una media di 15 al mese e una geografia che conferma l'impressione offerta dalla frequente cronaca della malasanità: la maggioranza degli errori si concentra in Calabria (64 casi), seguita dalla Sicilia (52) e dal Lazio (24). Valori diversi nelle regioni settentrionali, dove il "primato" della Lombardia (15 casi) va rapportato alle dimensioni della sanità regionale, alimentata anche dalla frequente migrazione di pazienti proprio dalle regioni del Mezzogiorno. Nessuna regione è apparsa immune da errori medici nel periodo considerato, ma Trentino Alto Adige, Umbria, Marche e Basilicata compaiono nelle tabelle parlamentari per un solo caso. Ancora più concentrata la casistica degli errori che si sono rivelati mortali per il paziente: su 163 casi, 88 si sono verificati in Calabria (50) e Sicilia (38).

I camici bianchi guardano

a questi dati con «allarme e preoccupazione», come sottolinea Amedeo Bianco, presidente della federazione degli ordini dei medici (Fnomceo); riconoscono la possibilità di inasprire le sanzioni nei confronti di chi sbaglia, ma ci tengono a sottolineare che la responsabilità non è solo della categoria. «È evidente che questi episodi, specie quando sono fatali, devono preoccupare e farci interrogare - spiega Bianco - ma un fenomeno complesso va contestualizzato. Ogni anno ci sono in Italia 12 milioni di ricoveri, e decine di milioni di prestazioni diagnostiche o terapeutiche. Tutti i sistemi complessi sono imperfetti, e hanno un margine di errore». Un margine accresciuto dalle difficoltà «strutturali» che caratterizzano alcuni sistemi territoriali, e che trovano un riscontro puntuale nelle tabelle della commissione parlamentare. «Noi vogliamo capire chi commette l'errore, ma anche il perché - sottolinea Leoluca Orlando, deputato dell'Idv e presidente della commissione -, ossia le anomalie strutturali e organizzative che hanno portato a quell'errore».



# Errore medico (umano)

Approccio personale

Nasce da problemi legati ad errore nel processo mentale quali dimenticanza, disattenzione, scarsa motivazione, negligenza.

Reason J. BMJ. 2000;320:768-770.

# Errore medico (umano)

- Approccio personale

Oppure nasce da problemi di carattere cognitivo:

Skill-based

Rule- based

Knowledge-based

Leape L L. JAMA. 1994;272:1851-57.

# Errore medico (umano)

- Approccio di sistema

Si concentra sulle condizioni all'interno delle quali uno lavora e cerca di costruire delle difese in modo da evitare l'errore o di mitigarne gli effetti.

Reason J. BMJ. 2000;320:768-770.

# L'errore medico

L'errore medico ha spesso un'origine multifattoriale dovuta all'interazione tra l'ospite (il paziente), l'ambiente (il sistema sanitario) e il vettore (Medico, infermiere).

Un rapporto dell' Institute of Medicine dice che l'ambiente è il fattore che maggiormente contribuisce a causare l'errore medico.

Kyriacou DN, Coben JH. Acad Emerg Med. 2000;7:1201-1203

# Il contesto

# Il Pronto Soccorso

E' una struttura ad alta complessità

A random arrivano pazienti ad alta o a bassa complessità

E' richiesto di assumere decisioni importanti con poche informazioni disponibili

Il tempo a disposizione per il singolo paziente è poco

Chi arriva può avere la sensazione del caos

- Medici ed infermieri non hanno un adeguato supporto

# Il Pronto Soccorso

Many Eds are operating under conditions of extraordinary stress.

Facing record numbers of patient seeking care, highly complex patients in need of detailed evaluation, increased expectations for extensive diagnostic testing, an aging population, demands to control costs, increasing service expectation, and financial operating deficits, many ED leaders have declared their environment catastrophic.

Adams JG, Bohan JS. Acad Emerg Med. 2000;7:1189-93

# Il Pronto Soccorso

It is probably that the current resource shifts in medical care delivery, resulting in fewer inpatient beds and increased delivery of health care outside of the hospital, are contributing to an increased reliance on the ED for diagnosis and treatment.

Adams JG, Bohan JS. Acad Emerg Med. 2000;7:1189-93



# Il Pronto Soccorso

Improvements in the treatment of heart disease, pulmonary disease, kidney disease, liver disease, neurological disease, and others have increased survival of patients with serious chronic illness. These complex patients increase demand for the emergency care system in particular.

Adams JG, Bohan JS. Acad Emerg Med. 2000;7:1189-93

# I costi della “medical malpractice”

*The* NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

## Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation

David M. Studdert, LL.B., Sc.D., M.P.H., Michelle M. Mello, J.D., Ph.D., M.Phil.,  
Atul A. Gawande, M.D., M.P.H., Tejal K. Gandhi, M.D., M.P.H.,  
Allen Kachalia, M.D., J.D., Catherine Yoon, M.S.,  
Ann Louise Puopolo, B.S.N., R.N., and Troyen A. Brennan, M.D., J.D., M.P.H.

Trained physicians reviewed a random sample of 1452 closed malpractice claims from  
 five liability insurers

**Table 3.** Apportionment of Total Expenditures between Claims Involving Error and Those Not Involving Error.

Costs	All Claims (N= 1441)*	Claims Involving Error	Claims Involving No Error	
			Claims Involving No Error, Excluding Close Calls†	
	\$		percent	
Total system‡	449,090,663	84	16	13
Indemnity	376,473,069	88	12	9
Administrative	204,383,168	78	21	20
Defense	72,617,594	61	39	48
Plaintiffs§	131,765,574	88	12	9

**In monetary terms , the system’s overhead costs are exorbitant**

**Loss and LAE Costs**

<b>Year</b>	<b>Hospital</b>	<b>Physicians</b>	<b>Other</b>	<b>Total</b>	<b>U/W Expense Ratio</b>	<b>Total Cost</b>
<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>	<b>(5)</b>	<b>(6)</b>	<b>(7)</b>
1975	\$ 378,619	\$ 554,171	\$ 83,951	\$ 1,016,742	12.2	\$ 1,158,476
1976	465,814	680,949	107,337	1,254,100	11.7	1,420,786
1977	567,845	875,367	140,488	1,583,700	12.6	1,811,894
1978	690,917	1,084,047	179,693	1,954,658	12.8	2,241,760
1979	848,193	1,363,543	232,868	2,444,605	11.0	2,745,213
1980	1,051,838	1,690,090	300,238	3,042,166	9.9	3,376,381
1981	1,290,927	1,998,159	374,557	3,663,643	9.9	4,065,717
1982	1,576,183	2,350,909	465,101	4,392,193	9.3	4,845,214
1983	1,890,801	2,772,834	574,476	5,238,060	9.7	5,802,016
1984	2,181,499	3,272,719	698,675	6,152,893	9.1	6,768,896
1985	2,129,009	3,418,252	710,593	6,257,854	7.2	6,740,227
1986	2,175,976	3,433,666	718,584	6,328,226	8.2	6,892,127
1987	2,268,904	3,581,822	749,467	6,600,193	9.8	7,314,182
1988	2,363,708	3,757,656	784,135	6,905,499	9.4	7,622,786
1989	2,456,483	4,013,665	828,813	7,298,961	14.1	8,498,791
1990	2,572,981	4,468,082	901,947	7,943,010	13.7	9,202,873
1991	2,692,628	4,966,450	981,113	8,640,192	14.3	10,077,004
1992	2,841,396	5,481,304	1,066,122	9,388,822	11.4	10,599,730
1993	2,967,300	5,863,791	1,131,246	9,962,337	13.4	11,511,556
1994	3,049,164	6,302,753	1,200,524	10,572,441	15.3	12,484,159
1995	3,162,980	6,496,529	1,288,552	11,248,061	15.3	13,285,645
1996	3,284,839	7,364,371	1,391,562	12,040,772	14.6	14,106,400
1997	3,481,942	7,917,420	1,504,483	12,903,845	16.6	15,474,060
1998	3,658,590	8,656,884	1,641,645	13,957,119	15.1	16,429,936
1999	3,997,582	9,528,191	1,821,007	15,346,779	14.3	17,898,229
2000	4,393,333	10,579,339	2,035,964	17,008,636	13.2	19,596,842
2001	4,904,910	12,093,338	2,334,513	19,332,761	11.0	21,723,960
2002	5,559,553	13,437,948	2,635,178	21,632,680	10.4	24,152,742
2003	5,963,951	14,787,711	2,878,501	23,630,163	10.8	26,484,564
2004	6,268,775	15,962,277	3,083,710	25,314,763	11.9	28,745,120

*Medical Malpractice Tort Cost*

# **Medicina difensiva**

**The pervasiveness of malpractice litigation is believed to lead to defensive medical practice.**

Anderson RF Arch Intern Med 1999;159:2399

**Defensive medicine is the practice of diagnostic or therapeutic measures conducted primarily not to ensure the health of the patient, but as a safeguards against possible malpractice liability**

Defensive medicine takes two main forms: assurance behavior and avoidance behavior.

**Assurance behavior** involves the charging of additional, unnecessary services in order to a) reduce adverse outcomes, b) deter patients from filing medical malpractice claims, or c) provide documented evidence that the practitioner is practicing according to the standard of care so that if, in the future, legal action is initiated, liability can be pre-empted.

**Avoidance behavior** occurs when providers refuse to participate in high risk procedures or circumstances

# **Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey**

Bishop et al. *Arch Intern Med* 2010;170:1081-1083.

2416 eligible physicians

1231 returned completed surveys

Response rate 50.9%

## **Statements**

Doctors order more tests and procedures than patients need to protect themselves against malpractice suits

Unnecessary use of diagnostic tests will not decrease without protection for Physicians against unwarranted malpractice suits



# **Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey**

Bishop et al. *Arch Intern Med* 2010;170:1081-1083.

2416 eligible physicians

1231 returned completed surveys

Response rate 50.9%

An overwhelming majority of respondents (91.0%) reported believing that physicians order more tests and procedures than needed to protect themselves from malpractice suits.

# **Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey**

Bishop et al. *Arch Intern Med* 2010;170:1081-1083.

## **First statement**

Physician characteristics (% that agreed with the statement)

91.2 % generalists

88.6 % medical specialists

92.5 % surgeons

93.8 % other specialists

# **Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey**

Bishop et al. *Arch Intern Med* 2010;170:1081-1083.

## **Second statement**

The majority of physicians (90.7 %) also agreed that protection against unwarranted malpractice suits are needed to decrease the unnecessary use of diagnostic tests

## **Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment**

Mail survey of physicians in 6 specialties at high risk of litigation (emergency medicine, general surgery, orthopedic surgery, neurosurgery, obstetrics/gynecology, and radiology) in Pennsylvania in May 2003.

A total of 824 physicians (65%) completed the survey. Nearly all (93%) reported practicing defensive medicine. "Assurance behavior" such as ordering tests, performing diagnostic procedures, and referring patients for consultation, was very common (92%). Among practitioners of defensive medicine who detailed their most recent defensive act, 43% reported using imaging technology in clinically unnecessary circumstances. Avoidance of procedures and patients that were perceived to elevate the probability of litigation was also widespread. Forty-two percent of respondents reported that they had taken steps to restrict their practice in the previous 3 years, including eliminating procedures prone to complications, such as trauma surgery, and avoiding patients who had complex medical problems or were perceived as litigious. Defensive practice correlated strongly with respondents' lack of confidence in their liability insurance and perceived burden of insurance premiums.

..... e infine il perché del convegno

# Il perché del convegno

- ❑ Perché pensiamo che l'errore possa costituire un'opportunità
- ❑ Perché dobbiamo impegnarci a rafforzare il rapporto di fiducia con il cittadino ammalato
- ❑ Perché riteniamo si debba passare dalla blame culture alla just culture
- ❑ Perché riteniamo si debbano promuovere le strutture sanitarie come organizzazioni ad alta affidabilità
- ❑ Perché riteniamo si debba rivedere l'attuale modello di attribuzione della responsabilità penale e civile