

FONDAZIONE ARTURO PINNA PINTOR

Creata nel 1977

Per la Verifica di Qualità delle cure - Per lo Studio della Medicina Interdisciplinare

SIMPOSIO

**Dalla qualità percepita
alla percezione dell'errore medico
Metodologia integrata per
l'individuazione dell'errore medico**

Sabato 15 Ottobre 2005

Aula Fondazione Arturo Pinna Pintor

Via Vespucci 61 – Torino

Ultimi casi di malasanità

Piemonte

Gennaio-Ottobre 2005

12 casi

- errata diagnosi
- ritardato ricovero
- negligenza/imperizia
- scambio farmaci

Caso più grave: paziente di 2 anni a cui viene iniettato per errore KCl conc. Al posto della fisiologica utilizzata per la diluizione degli antibiotici

Sicilia

Agosto-Ottobre 2005

9 morti

- Piccola chirurgia
- Parti

Alcuni casi in fase di preanestesia e anestesia

24 settembre 2005

La proposta: rilevazione nazionale degli sbagli

Il 6% dei pazienti muore per errore medico

Il dato, impressionante, emerge da un simposio internazionale di sanità in corso vicino a Varese. Presenti anche magistrati

VARESE - In Italia ogni anno muore in media oltre il 6% dei ricoverati in ospedale per errori medici. Una cifra impressionante, ma che non stupisce, per la quantità di casi di malasanità di cui si viene conoscenza. Il dato è stato diffuso in apertura del Sesto simposio internazionale di salute pubblica, in corso a Villa Porro Pirelli di Induno Olona (Varese). Organizzato dall'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Varese in collaborazione con altri Ordini dell'Insubria è una riflessione sul tema «La medicina centrata sulla sicurezza del paziente» e vede la partecipazione non solo di medici, ma anche di magistrati.

RILEVAZIONE NAZIONALE - Il rischio di errore medico rappresenta oggi un «buco nero» dei sistemi sanitari, pur avanzati. Il simposio vuole lanciare proposte affinché il medico che sbaglia non si nasconda ma evidenzi lo sbaglio per poterlo studiare. In Italia, come nella maggior parte dei paesi europei, non esiste una rilevazione a livello nazionale sugli errori.



Please [sign in](#) for full text and personal services

ORIGINAL ARTICLE

[◀ Previous](#)

Volume 324:370-376

[February 7, 1991](#)

Number 6

[Next ▶](#)

Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I

*TA Brennan, LL Leape, NM Laird, L Hebert, AR Localio, AG Lawthers, JP Newhouse, PC Weiler, and
HH Hiatt*

Abstract

BACKGROUND. As part of an interdisciplinary study of medical injury and malpractice litigation, we estimated the incidence of adverse events, defined as injuries caused by medical management, and of the subgroup of such injuries that resulted from negligent or substandard care. **METHODS.** We reviewed 30,121 randomly selected records from 51 randomly selected acute care, nonpsychiatric hospitals in New York State in 1984. We then developed population estimates of injuries and computed rates according to the age and sex of the patients as well as the specialties of the physicians. **RESULTS.** Adverse events occurred in 3.7 percent of the hospitalizations (95 percent confidence interval, 3.2 to 4.2), and 27.6 percent of the adverse events were due to negligence (95 percent confidence interval, 22.5 to 32.6). Although 70.5 percent of the adverse events gave rise to disability lasting less than six months, 2.6 percent caused permanently disabling injuries and 13.6 percent

TOOLS & SERVICES

- ▶ [Add to Personal Archive](#)
- ▶ [Add to Citation Manager](#)
- ▶ [Notify a Friend](#)
- ▶ [E-mail When Cited](#)

MORE INFORMATION

- ▶ [Find Similar Articles](#)
- ▶ [PubMed Citation](#)

Dati epidemiologici

Da: "Risk management in Sanità - Il problema degli errori"

Ministero della Salute - Commissione Tecnica sul Rischio Clinico - Roma, marzo 2004

	Harvard Medical Practice Study	To err is Human	Australia	New Zealand	UK
Eventi avversi	3,7%	4%	16,6%	12,9%	10,8%
Eventi avversi prevenibili (sul totale degli AE)	58%	53%	53%	35%	47%
Mortalità (sul totale degli AE)	13,6%	6,6%	4,9%	<15%	8%
Spesa Miliardi/anno	--	\$ 37,6 \$ 17 prevenibili	\$ 4,7	--	£ 1 per aumento giorni degenza
Fonte	Leape et al; New Engl J Med; 1991;370-84	Kohn et al; IOM;1999	Wilson et al; Med J Aust; 1995; 163; 158-71	Davis et al; Ministry of Health; 2001	Vincent et al; BMJ; 2001; 322; 517-519

INIZIATIVE USA DOPO IOM

Governative

- 2000 US Congress Safety research
- 2000 AHRQ Centre for Quality Improvement
- 2002 Veterans Health Administration in patients safety Centre

Non Governative

- 2002 JCAHO Implementation Safe Practice
- 2002 NQF National Quality Forum standard for mandatory reporting
- 2004 Center for Disease Control and Prevention - New program for reducing surgical complication
- 2005 American Board of Medical Security effort training and evaluation of practice physicians

INIZIATIVE UK

Governative

- 2000 Organization With a Memory. Report of an expert group on learning from adverse events in NHS
- 2001 Doing Less Harm
Improving the safety and quality of care through reporting, analysis learning from adverse incident involving NHS patients
- 2002 Building a Safety NHS for Patients
Improving medical safety
- 2002 The Director's Statement
Patients Safety Research Program (PSRP)

Non Governative

- 2003 Development and Pilot testing of Questionnaires for use in acute NHS trust inpatient survey program.
Picker adult inpatient questionnaire

Salva una copia Stampa Invia per posta elettronica Rivedi e commenta Firma

Seleziona testo 92%



Joint Commission
an Accreditation of Healthcare Organizations
Setting the Standard for Quality in Health Care



World Health Organization



© **Joint Commission**
INTERNATIONAL

NEWS RELEASE

Media contacts: **FOR IMMEDIATE RELEASE**
Charlene D. Hill, Joint Commission
630.792.5175
E-mail: chill@jcaho.org

Agnès Leotsakos, WHO
+41 (22) 791 2567
E-mail : leotsakosa@who.int

**WORLD HEALTH ORGANIZATION PARTNERS WITH
JOINT COMMISSION AND JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
TO ELIMINATE MEDICAL ERRORS WORLDWIDE**

Collaboration signifies urgent need for patient safety solutions to address serious global issue

215,9 x 279,4 mm

1 di 3

STUDI E INIZIATIVE ITALIANE

ERRORE IN MEDICINA - GESTIONE DEL RISCHIO

1999	Cittadinanzattiva Tribunale del Malato	Attivazione monitoraggio malasanità e sue cause
2000	Cittadinanzattiva Tribunale del Malato	"Rapporto Pit salute" segnalazioni di malasanità pervenute al TDM.
2001	Censis Assomedico	Pubblicazione dello studio "Rischi ed errori nella sanità italiana"
2001	Assinform	Nasce la rivista Rischio Sanità, trimestrale di Risk Management e Tecn. Assic.
2001	ASR Emilia Romagna	Presentazione al Ministero della Salute di un progetto di approccio integrato alla gestione del rischio nelle strutture sanitarie
2002	CINEAS	Documento "Quando l'errore entra in ospedale - Risk management: perché sbagliando s'impara. Le mappe del rischio, i costi, le soluzioni".
2002	ASR Emilia Romagna	Sussidio per la gestione del rischio 1 (Metodo FMEA/FMECA per l'analisi e la valutazione dei rischi)
2003	ASR Emilia Romagna	Sussidio per la gestione del rischio 2 (Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie)
2003	Ministero della Salute	Commissione sul Rischio Clinico per lo studio della prevalenza e delle cause del rischio clinico e delle tecniche di riduzione
2004	Ministero della Salute	La Commissione Tecnica sul Rischio Clinico pubblica il documento "Risk management in Sanità - Il problema degli errori".
2004	ASR Emilia Romagna	Bologna - Convegno "Rischio e Sicurezza in Sanità"
2004	ANIA	Milano - Convegno "Rischio tecnologico e responsabilità legale in sanità".
2005	HEPS 2005 - Firenze	Conferenza Internazionale "Healthcare Systems - Ergonomics and patient safety"
2005	SSR Regione Lombardia	Mappatura sinistri (dal 1999 al 2004: 21.000) e istituzione Comitato Sinistri
2005	OMCeO di Varese	Simposio Internazionale "La medicina centrata sulla salute del paziente"
2005	Fondazione Arturo Pinna Pintor - Torino	Simposio "Dalla qualità percepita alla percezione dell'errore medico. Metodologia integrata per l'individuazione dell'errore medico"
...

EVENTI SFAVOREVOLI

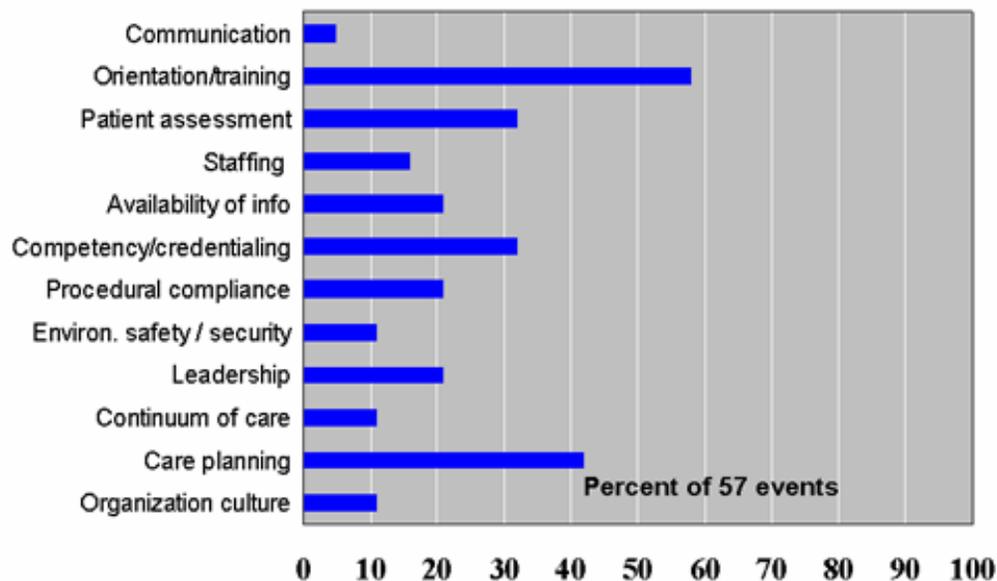
Sistemi di rilevamento

	Italia	UK	USA	Canada	Australia	Nuova Zelanda
segnalazione spontanea	X	X	X	X	X	X
segnalazione obbligatoria			20 stati	1 provincia		
revisione documenti clinici (audit)		X	X	X	X	X
intervista telefonica			X		X	
misto (eventi sentinella) obbligatoria root analysis x accreditati JCAHO			X			



Sentinel Event Statistics

Root Causes of Infection-associated Events (1995-2004)

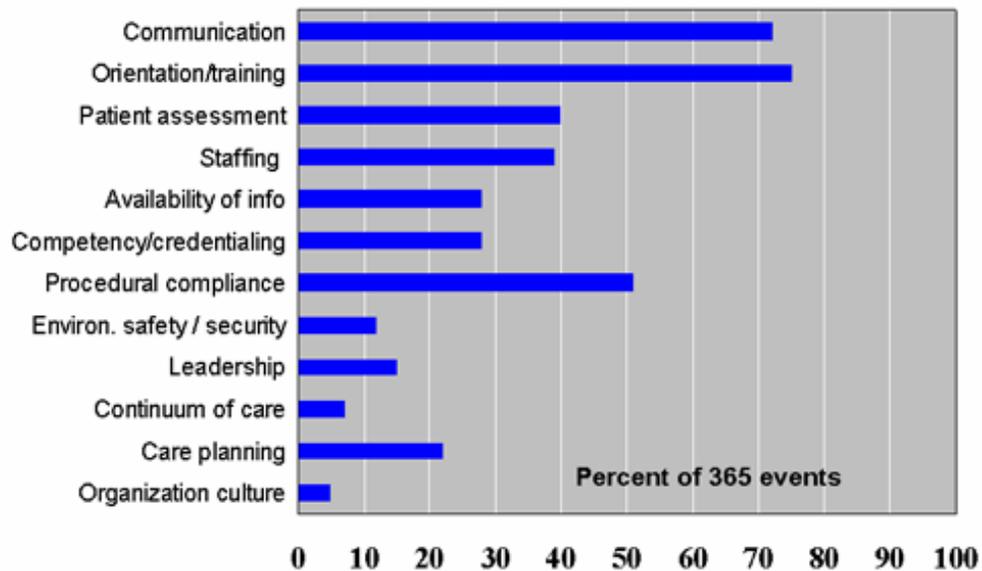




Joint Commission
An Accreditation of Healthcare Organizations
Setting the Standard for Quality in Health Care

Sentinel Event Statistics

Root Causes of Op/Post-op Events (1995-2004)



"Esse est percipi"

1713

Dialoghi tra Hylas e Philonous



GEORGE BERKELEY (1685-1753)