

Progetto “Qualità e sicurezza” nel percorso chirurgico

■ Enrico Pernazza¹

¹ Responsabile del “Coordinamento scientifico e qualità” dell’Associazione chirurghi ospedalieri italiani (ACOI)

ABSTRACT

In September 2009, ACOI (the Association of Italian hospital surgeons) started an important project called “Quality and safety in surgery”. The aim of the project was to define goals and standard in surgical practice aimed at improving patients’ safety. The article describes this project, highlights the models and areas of intervention, and suggests roles and functions of the “surgeon of the future”. Finally, the Author underlines the role of the Surgeons’ Association in promoting changes in organisation and mentality, and a safety culture.

Keywords: surgery, quality, safety

*The project “Quality and safety” in surgery
Pratica Medica & Aspetti Legali 2010; 4(4): 145-150*

■ INTRODUZIONE

Il sistema sanitario è un sistema ad alta complessità nel quale insistono svariati di fattori tra loro quanto mai eterogenei, estremamente dinamici, caratterizzati da altrettanta eterogeneità dei processi e dei risultati da perseguire.

Peraltro, perché il sistema funzioni, tutti gli elementi debbono entrare in un efficace processo di integrazione e coordinazione per rispondere ai bisogni del paziente e assicurare il miglior tipo di prestazione possibile.

Da molto tempo si è cercato di trasferire nel mondo sanitario le procedure di sicurezza progettate per altri settori, senza considerare che il sistema sanitario, al contrario di altri, prevalentemente meccanicisti, è fortemente condizionato dal fattore umano, nonché, in modo sempre più determinante e condizionante, dalla tecnologia. E il fattore umano, se da un lato costituisce risorsa insostituibile all’interno del sistema, altrettanto sicuramente si configura come fattore estremamente critico per l’individualità, la conseguente variabilità e per i risultati, non sempre prevedibili e ri-

producibili. Allo stesso modo la tecnologia sempre più presente e determinante, ancorché fonte indiscussa di qualità e sicurezza, rappresenta un ulteriore fattore di rischio se non è accompagnata da adeguata, validata e certificata formazione. Malgrado molti tentativi, spesso velleitari, di gestire il fenomeno, ci si trova ancora alle prese con una realtà sanitaria media e con un pensiero medio sulle tecnologie per molti versi pre-tecnologico. Siamo, cioè, agli inizi.

■ I MODELLI

È quindi necessario governare la transizione dal pre-tecnologico al tecnologico, in tutti i suoi aspetti di ipercomplessità e in tempi ragionevoli, tenendo presente che la transizione di cui si parla è in effetti un cambiamento di paradigma. Si tratta cioè di qualcosa che, per sua natura, non si può limitare al miglioramento di mecca-

nismi, procedure, organizzazioni mantenendo costante il modello di base. Al contrario esso implica un ripensamento paradigmatico del sistema nella sua interezza. Il che pone il problema di sapere prima quale deve essere il nuovo paradigma.

Certamente si tratta di un cambiamento che riguarda un settore, nel nostro caso la sanità, nel quale intervengono diversi soggetti, i più importanti dei quali sono naturalmente quello economico, quello formativo, quello tecnologico rispetto all'innovazione *tout-court*, quello sociale, ecc. Ciò fa della questione tecnologia/sanità qualcosa che non può che coemergere da uno sforzo politico di insieme.

Lottica con cui ciò deve avvenire non riguarda tanto la complementarità dei problemi e l'affinità delle competenze, ma l'aver a che fare con un vero e proprio **interesse generale**.

Ripensare la sanità **anche con le tecnologie** è soprattutto mirato alla convenienza generale: prima di tutto economica, perché in prospettiva permetterà riduzioni cospicue di spesa e controlli accurati sui centri di costo; quindi sociale, perché sarà garanzia vera per il diritto dei cittadini e per le politiche universalistiche, per non parlare delle professionalità, delle deburocratizzazioni, e del miglioramento dello stato di salute della popolazione.

La tecnologia in sanità ci dice due cose molto semplici: la necessità quanto mai diffusa di ammodernare i sistemi organizzativi rendendoli più efficienti, più trasparenti più sicuri e di qualità – e quindi valutabili e percepibili in tal senso – e quella altrettanto impellente di ammodernare il profilo professionale del chirurgo, anch'esso valutabile e certificabile per qualità, sicurezza ed efficacia.

Altro elemento fondante dei nuovi modelli è la "**partecipazione sociale**". Prima dell'avvento delle tecnologie la partecipazione si poteva esaurire nelle petizioni di principio, ora questo non è più possibile.

Se dovessimo "sintetizzare" quanto detto, otterremmo almeno tre grandi aree di questioni politiche.

La prima riguarda **le necessità del sistema sanitario come "sistema"**. Esse si traducono nel bisogno di:

- un forte cambiamento culturale del pensiero, delle mentalità, del modo di essere del sistema sanitario;
- un deciso investimento in formazione che sia fortemente riorientativo;
- la costruzione di nuovi modelli di riferimento comprensibili a tutti;
- l'individuazione dei principali soggetti del cambiamento. Questo sia ben chiaro senza nulla di ideologico, o di democratico. È una scelta indispensabilmente legata alle caratteristiche di complessità del discorso salute;

- un processo di generalizzazione e di diffusione delle tecnologie e delle loro implicite riorganizzazioni, quindi di acquisizione degli strumenti;

- nuove competenze e nuove figure professionali: quello che generalmente si chiama **fattore umano**;

- ripensare le organizzazioni oggi in essere.

La seconda area riguarda **le condizioni alle quali subordinare i sistemi**. Tali condizioni devono comprendere:

- **il governo e la gestione del cambiamento**. Si tratta della condizione più importante, poiché è essenziale che il cambiamento non sia verticistico, gerarchico, lineare, ma sia invece giocato sui valori della concentrazione e della codeterminazione. Le tecnologie non sono solo un "affaire" delle istituzioni;

- **la validazione garantita e la valutazione di pertinenza**. Nessuna tecnologia può essere impiegata senza una preventiva valutazione degli importi, dell'usabilità, ecc;

- **la definizione delle utilizzazioni**. Non sono pensabili utilizzazioni tecnologiche differenti, irrazionali, parziali, arbitrarie;

- **il sostegno qualificato ai processi di innovazione tecnologica**. Dopo aver valutato, validato, definito le utilizzazioni, è necessario garantire supervisioni, affiancamenti, esemplarità.

La terza e ultima area di questioni politiche che merita di essere segnalata è certamente quella dei **vincoli**. Per ragioni sintetiche, limitiamo qui l'elenco a quei vincoli che consideriamo inderogabili:

- **economicità**. Qualsiasi spesa deve tendere a produrre più benefici in rapporto ai costi impiegati;

- **regolazione**. Una transizione come quella qui indicata ha bisogno di essere guidata da regole, norme, intese, fatti, cioè da tutto ciò che possa "guidare" ma anche "avvenire", da concepire ai vari livelli;

- **metodologie concertative** soprattutto rispetto agli operatori medici e non solo e ai cittadini;

- **coordinamenti** in ogni livello strategico dei processi;

- **scambio costante di know-how**, cioè scambi di conoscenze, comparazioni, possibilità di confronto;

- **valutazioni degli impianti** sul profilo dei costi, delle organizzazioni, dei fruitori, ecc.

Dal punto di vista dei professionisti sanitari, dei cittadini e dei coadiutori informali, degli addetti ai sistemi informatici (ICT), degli addetti alla gestione dell'informazione e della comunicazione

clinica (ICC), è inderogabile concordare sulla necessità di:

- riconoscere le specifiche figure professionali per gestire tutti gli aspetti legati alla comunicazione;
- favorire la definizione dei rispettivi percorsi formativi, e del possibile ruolo delle Università al riguardo;
- formulare un piano per l'adeguamento progressivo del numero degli addetti e per l'adeguamento delle competenze del personale esistente;
- adeguare la cultura degli operatori sanitari in merito a metodi e tecnologie per la gestione dell'informazione e delle comunicazione clinica, non solo sugli aspetti tecnologici, ma anche sulla gestione del patrimonio informativo clinico di un cittadino come risorsa di sistema, per assecondare la continuità dell'assistenza, l'integrazione socio-sanitaria e il coinvolgimento proattivo del cittadino nella gestione della propria salute (*patient empowerment*);
- introdurre le tematiche in oggetto nel quadro dell'ECM (Educazione Continua in Medicina) e predisporre un percorso per diffondere tra gli operatori sanitari la versione adattata alla sanità della patente europea *European Computer Driving Licence for Health* (ECDL-health);
- utilizzare al meglio la tecnologia ICT per facilitare il coinvolgimento proattivo del cittadino nella gestione della propria salute (*patient empowerment*), riconoscendo al cittadino (e ai coadiutori informali: familiari, volontari, badanti, ecc.) un ruolo essenziale nell'uso del patrimonio informativo clinico come funzione di sistema, per assecondare la continuità dell'assistenza e l'integrazione socio-sanitaria.

■ IL CHIRURGO DI OGGI E IL CHIRURGO DI DOMANI

In questo contesto, il chirurgo, etimologicamente inteso come "usatore delle mani", deve modificare radicalmente il suo ruolo allontanandosi sempre di più dal "corpo" del paziente in senso fisico, accentuando maggiormente la sua presenza in senso mediato. Sarà sempre di più manager delle informazioni per trasmetterle al paziente con precisione e sicurezza sempre maggiore.

Tuttavia l'oggi è ancora pieno di dubbi e di paure in buona parte retaggio di una difficoltà culturale ad accettare che la tecnologia non solo possa aumentare – anziché diminuire – la sicurezza e l'efficacia di

certe procedure mediche, ma che possa addirittura far scomparire la figura tradizionale del chirurgo.

Non a caso in questi ultimi tempi stiamo assistendo a una preoccupante e, secondo alcune proiezioni confortate da ricchi dati statistici, addirittura allarmante disaffezione alle professioni mediche di area chirurgica soprattutto nei Paesi occidentali ed economicamente più evoluti. Da qualche anno in varie università europee, comprese le italiane, l'offerta di posti nelle scuole di specializzazione di chirurgia generale supera il numero di domande. È significativa la richiesta da parte della Gran Bretagna al nostro Governo di medici italiani disposti a lavorare nel loro Paese e l'iniziativa del presidente dell'*American College of Surgeons*, Claude Organ, di etichettare il suo anno di presidenza come "l'anno del resident" allo scopo di risvegliare l'entusiasmo dei giovani medici americani verso la carriera chirurgica.

In realtà tutto questo è frutto di una vera e propria **crisi di identità generazionale**.

La stessa generazione che ha vissuto, subito e accettato la rivoluzione tecnologica tende ancora in gran parte a resistere al processo di trasformazione in atto, rendendosi responsabile di un ingiustificato rallentamento.

Per questo ci si trova di fronte a un apparente paradosso: come mai, a fronte di una tecnologia sempre più sicura, aumenta il contenzioso? Come mai aumenta l'evidenza di errori? Come mai sembra esserci meno sicurezza?

Mai come in questo periodo la medicina ha esibito la sua potenza tecnologica.

Mai come ora ha mostrato una crisi profonda di credibilità da parte dei pazienti.

Sebbene un uomo senza memoria sia da ritenersi uomo senza futuro, è tuttavia necessario riflettere serenamente sull'oggi e soprattutto sul domani della nostra professione per preparare la strada a una doverosa trasformazione per i giovani di oggi e di domani. Ma il vero problema non è come sarà il chirurgo di domani, sul quale si possono anche fare previsioni fantascientifiche senza tema di essere facilmente smentiti vista la profonda radicale trasformazione che abbiamo vissuto negli ultimi 20 anni, bensì come dovrà essere, come dovrà essere formato, come dovrà porsi nella nuova necessaria organizzazione che sarà. Perché di certo non scomparirà la figura del chirurgo in quanto tale, ma dovrà scomparire un vecchio modello di chirurgo per farne nascere uno nuovo, attraverso una profonda revisione dei percorsi formativi e dei principi organizzativi troppo statici e sclerotici rispetto ai processi evolutivi indotti dallo sviluppo tecnologico.

Ecco, quindi, la necessità di progettare nuovi modelli societari e professionali più aderenti allo sviluppo descritto, più "trasversali", quindi più universalmente "leggibili". Saranno necessari nuovi modelli organizzativi improntati prioritariamente

a "qualità e sicurezza", che consentano di avere ben precisa la percezione del "bene operare" e di introdurre strumenti specifici di controllo per prevenire l'errore e, laddove avvenga, contenerne le conseguenze. L'individuazione dell'errore, comunque, non esime dalla ricerca di errori cosiddetti "latenti", perché sono le insufficienze del sistema che devono essere rimosse per prevenire efficacemente il manifestarsi dell'evento avverso e contenerne le conseguenze dannose: prevenzione e protezione, dunque, per garantire qualità e sicurezza.

■ IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI

Come può e deve intervenire un'associazione di chirurghi in questo contesto? L'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani si è posta il problema, ha raccolto le istanze sopraindicate e ha definito come obiettivo prioritario la formulazione di nuovi modelli, sia dell'Associazione stessa sia del nuovo chirurgo, che possano sostenere e governare la vorticosa trasformazione sempre più tecnologica e complessa del nostro mondo professionale, in trasparenza di comunicazione, in condivisione con i cittadini e con le istituzioni, in totale qualità e sicurezza, che, seppure presente ampiamente, spesso non è accompagnata da adeguata percezione.

Ma, volendo fare oggi una riflessione sulle metodologie di miglioramento e di garanzia della qualità, si deve soprattutto considerare come il contesto socio-culturale e professionale sia profondamente modificato. In tutti i settori, i cittadini sono andati sviluppando una maggiore coscienza dei propri diritti, una crescente richiesta di informazioni e di possibilità di scelta. A fronte di questo profondo cambiamento, i sistemi e i tecnici dei diversi settori fanno fatica ad adeguarsi, e ciò vale per gli ambiti più vari, dalla burocrazia ai trasporti, dalle telecomunicazioni alla scuola. Nel settore sanitario il processo è particolarmente significativo e rilevante. Infatti il livello di spesa sanitaria da un lato e la maggiore consapevolezza dell'utente dall'altro portano a promuovere sistemi in grado di valutare la qualità. Da quanto detto, è nata l'esigenza di nuovi modelli di riferimento, che non abbiano solo una valenza "interna", ovvero utilizzabile e riconosciuta solo dai tecnici, ma "interna ed esterna" o, se si preferisce, "trasversale", ovvero riconosciuta come valida e appropriata sia dagli operatori sia dai clienti, verificabile, comparabile, in grado di assicurare sui livelli di qualità e di sicurezza dell'organizzazione e del prodotto, ma anche sull'attenzione al cliente (in senso esteso) e sul miglioramento continuo.

Elemento comune ai diversi modelli resta la promozione del miglioramento continuo, ovvero la ri-

cerca delle condizioni con cui stimolare gli operatori all'analisi dei servizi e al loro miglioramento, in particolare:

- favorire il coinvolgimento dei professionisti in programmi di miglioramento;
- sollecitare l'analisi delle organizzazioni e, ove, necessario, la riprogettazione delle stesse;
- fornire consulenza, aiutare i professionisti e le organizzazioni sanitarie a migliorare la qualità delle cure per i pazienti;
- promuovere l'autovalutazione, come strumento di costante monitoraggio e di riflessione sulla propria realtà operativa. L'autovalutazione non è sostitutiva della valutazione esterna, ma integrativa, al fine di mantenere attiva l'attenzione sulla qualità comparando l'autovalutazione (che è continua) con la valutazione esterna (che è periodica);
- creare le condizioni per un continuo miglioramento dei risultati, ovvero produrre i migliori risultati possibili.

Per realizzare questi obiettivi si è fatto uno sforzo particolare sugli strumenti di valutazione/comparazione, ovvero sui criteri di buona qualità, che devono avere alcune caratteristiche:

- **misurabilità:** possibilità di verificare se la condizione sia o meno presente, o addirittura una sua determinazione graduata, intesa come diversi livelli di adesione al criterio stesso;
- **riproducibilità:** identico giudizio espresso davanti alla stessa condizione da parte di osservatori diversi, o dallo stesso osservatore in momenti diversi;
- **accettabilità:** i soggetti coinvolti devono accettare che determinati fattori vengano sottoposti a valutazione;
- **congruenza:** correlati a fattori di qualità e agli obiettivi del programma;
- **specificità:** permettono di misurare i fattori di qualità che interessano, e solo quelli; in altre parole, sono influenzati solo dagli elementi previsti, e non invece da altri estranei agli obiettivi dello studio.

Ma è possibile percepire la qualità senza ascoltare, senza misurare, senza avere chiari, definiti e trasparenti criteri di valutazione?

■ IL PROGETTO "QUALITÀ E SICUREZZA IN CHIRURGIA"

Per rispondere in modo assolutamente efficace alle istanze descritte, ACOI (Associazione dei

Chirurgi Ospedalieri Italiani) e Cittadinanzattiva, in partnership con il MIP Area Sanità, la Business School del Politecnico di Milano, hanno dato vita al progetto “Qualità e sicurezza in chirurgia” con il forte supporto di Johnson & Johnson Medical. Il progetto, nascendo in continuità con la “Carta della Qualità in Chirurgia” promossa da Cittadinanzattiva e patrocinata da ACOI, mira a una piena valorizzazione della “Carta”, impegnando le aziende

ospedaliere in un percorso di valutazione e miglioramento continuo.

L'obiettivo è garantire il continuo aggiornamento di criteri e linee guida che aiutino medici e dirigenti sanitari nelle più opportune scelte di adozione di *best practice* chirurgiche, secondo un percorso che si adatti alle specificità di ogni struttura e in coerenza con le direttive nazionali. Tre sono gli elementi innovativi che caratterizzano il proget-

Primo gruppo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AO Bolognini, Ospedale Alzano, Bergamo ▪ ASL, Ospedale Giovanni Paolo II, Olbia (Dott. L. Presenti) ▪ ASL RM C, Ospedale S. Eugenio-CTO, Roma (Dott. M. Lombardi) ▪ ASL SA 1, Ospedale Scafati, Salerno (Dott. G. Ionta) ▪ ASL TO 2, Ospedale S. Giovanni Bosco, Torino (Dott. R. Leli) ▪ AUSL Rieti, Ospedale S. Camillo de' Lellis (Dott. E. Cardì) ▪ AO S. Carlo e Pescopagano, Potenza (Dott.ssa Bellettieri) ▪ AUSL 7 Siena, Alta Val D'Elsa (Dott. F. Benvenuti) ▪ ASL RM H, Ospedale di Anzio (Dott. L. Abbate) ▪ AOU Careggi (Dott. A. Valeri) ▪ AO Ospedale S. Maria, Terni (Dott. M. Francucci) ▪ AOU Policlinico, Bari (Dott. M. Montinari) ▪ APSS Ospedale Cles (Dott. M. Rigamonti) ▪ CCD, Ospedale G. B. Morgagni, Catania (Dott. S. Castorina) ▪ Ospedale Cotugno, Napoli (Dott. F. Crovella) ▪ ASL 4 Chiavarese (Dott. G. D'Ambrosio) ▪ ASUR Marche ZT3 Ospedale Fano (Dott. L. Landa) ▪ Ospedale Civile, Alessandria (Dott. G. Spinoglio) ▪ ASL RM E, Ospedale S. Spirito in Sassia, Roma (Dott. G. Pasquini) ▪ Ospedale Malacrino Morell, Reggio Calabria (Dott. M. M. Lirici)
Secondo gruppo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presidio Ospedaliero Gradenigo, Torino (Dott. P. De Paolis) ▪ EO Galliera, Genova (Dott. M. Filauro) ▪ Ospedale S. Maria Goretti, Latina (Dott. M. Sacchi) ▪ Istituto Fisioterapici Ospedalieri, Roma (Dott. E. Melis) ▪ Ospedale S. Maria della Pietà, Camerino (Dott. G. Catalini) ▪ AO S. Camillo de' Lellis, Roma (Dott. P. Marini) ▪ AO Policlinico Vittorio Emanuele, Catania (Dott. D. Piazza) ▪ OG Miulli-Acquaviva delle Fonti, Bari (Dott. G. Logrieco) ▪ AO S. Giovanni-Addolorata, Roma (Dott. A. D'Annibale) ▪ AUSL 8 Arezzo, Ospedale Civile (Dott. F. Sbrana) ▪ AO Manzoni, Lecco (Dott. G.C. Confalonieri) ▪ Clinica Mediterranea, Napoli (Dr. V. Raffone) ▪ ASL 2 Savonese, Savona (Dott.ssa A. Apicella) ▪ Ospedali Riuniti, Bergamo (Dott.ssa I. Iamele) ▪ AOU Ospedali riuniti, Foggia (Dott. F. Vitulli) ▪ AO Baggiovara, Modena (Dott. G. Melotti) ▪ Casa di Cura Nuova ITOP, Roma (Dott. P. Narilli) ▪ AO S. Maria, Terni (Dott. V. Scalercio) ▪ Istituto Clinico Città Studi, Milano (Dott. M. Zago) ▪ Ospedale Civile, Aosta (Dott. R. Allietta) ▪ Casa di Cura Madonna della Fiducia, Roma (Dott. E. Pernazza)

Tabella I. Elenco delle Aziende partecipanti al progetto “Qualità e sicurezza in chirurgia” divise nei due gruppi. Tra parentesi è indicato il nome del Chirurgo di riferimento della rispettiva Azienda

to rispetto alle tante raccomandazioni, *check list*, buone pratiche, manuali e quant'altro disponibili:

- **la produzione di un manuale di *best practices*.** Non è peraltro un manuale del "si fa così". Ha l'obiettivo di elaborare e promuovere delle linee guida per supportare la progressiva introduzione delle buone pratiche secondo un percorso adattabile alle specificità di ogni struttura e in coerenza con le direttive regionali;
- **la misurabilità.** Il progetto si focalizza infatti sulla valutazione della reale implementazione delle *best practices*, del modo e con quali risultati si sviluppi. Questa è la principale differenza dalle diverse raccomandazioni disponibili;
- **la partnership:**
 - la società scientifica: i chirurghi si mettono in gioco (un'imposizione dall'alto è un motore debole);
 - il cittadino: il cittadino cresce nella consapevolezza dei diritti/doveri e contribuisce direttamente;
 - il MIP: garantisce supporto metodologico, sui contenuti e sulle modalità di implementazione;
 - Johnson & Johnson Medical: ha come obiettivo la diffusione di un approccio sostenibile alla crescita del mondo chirurgico.

Il percorso è iniziato nel settembre 2009 arruolando le Aziende dall'elenco dei reparti sottoscrittori della Carta della Qualità, implementato nelle successive 25 dalle numerose richieste di partecipazione ricevute. Le Aziende, 50 come detto, costituiscono un campione statisticamente assai significativo della realtà italiana e coprono l'intero territorio nazionale in rappresentanza di tutte le Regioni.

Il progetto è stato articolato secondo un percorso di formazione a tre livelli sequenziali in cui sono coinvolte 25 aziende per ogni edizione. Ciascun livello è focalizzato sul raggiungimento di obiettivi specifici e tra loro concatenati: l'analisi e la valutazione dell'organizzazione per la qualità e sicurezza in chirurgia, l'adozione di strumenti per la pianificazione e la valutazione dei risultati di qualità e sicurezza nel percorso chirurgico, e infine il consolidamento della cultura della sicurezza e dei processi interni di miglioramento continuo.

Lungo tutto il processo, che va dalla prima visita specialistica fino alla dimissione del paziente, a valle dell'intervento sono state identificate 85 azioni critiche indispensabili per garantire la sicurezza del paziente e la qualità delle cure prestate. Per il corretto svolgimento di tali attività sono state individuate più di 20 *best practices* riconosciute e documentate a livello internazionale, per le quali l'evidenza medica o il consenso di esperti assicura un contributo positivo all'innalzamento degli standard di sicurezza del paziente chirurgico. Attualmente sono in analisi del progetto 50 Aziende Ospedaliere Italiane (per alcune sono in osservazione più di un blocco operatorio, il che giustifica un numero minore nell'elenco proposto) suddivise in due gruppi di 25 (Tabella I). Il percorso del I gruppo si concluderà nel Dicembre 2010, quello del II gruppo nell'aprile 2011. Il campione che verrà così analizzato risulta statisticamente molto significativo e i risultati che ne scaturiranno porteranno, a nostro avviso, una documentazione quanto mai esauriente sullo stato attuale dell'organizzazione sanitaria nazionale e sui risultati ottenuti e ancora ottenibili applicando la metodologia proposta.

I risultati preliminari dell'indagine del primo anno evidenziano come la diffusione di *best practices* per la sicurezza in ambito chirurgico sia ancora relativamente scarsa nelle strutture ospedaliere del nostro Paese: in media il grado di adozione è inferiore al 40%; i riscontri avuti, peraltro, mettono anche in luce casi di vera eccellenza organizzativa, oltre che una sempre maggiore consapevolezza e attenzione dei professionisti verso problematiche di sicurezza del paziente.

In questo quadro, le aziende che partecipano al progetto "qualità e sicurezza in chirurgia" vengono supportate in un percorso di progressivo allineamento ai migliori standard internazionali e nella valutazione e documentazione dei risultati ottenuti.

■ DISCLOSURE

L'Autore dichiara di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria.