



IL rischio in ortopedia

Guido Barneschi

**Consiglio direttivo della Società Italiana di Chirurgia Vertebrale SICV&GIS
Già professore a contratto Clinica Ortopedica - Università degli Studi di Firenze**

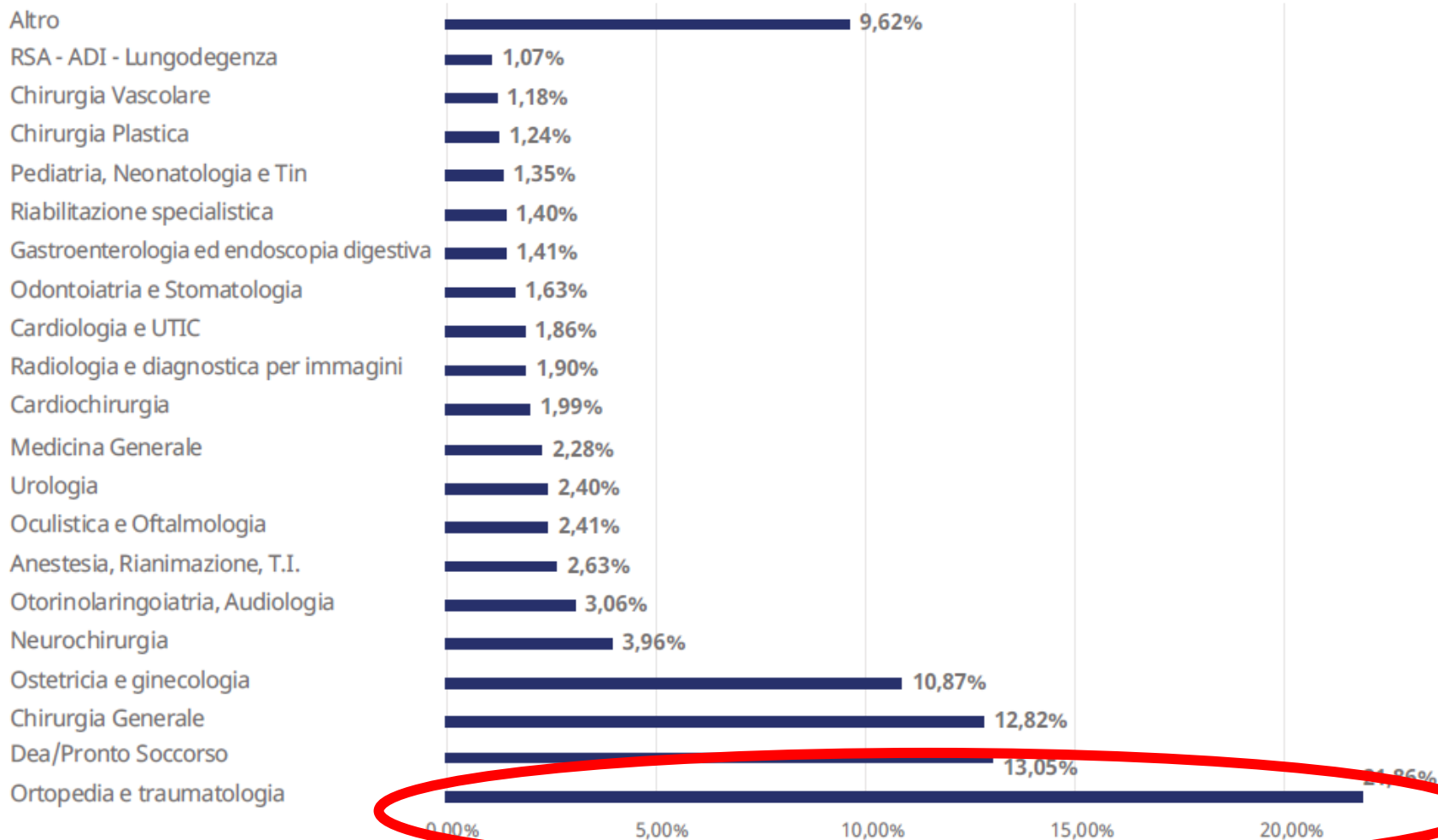


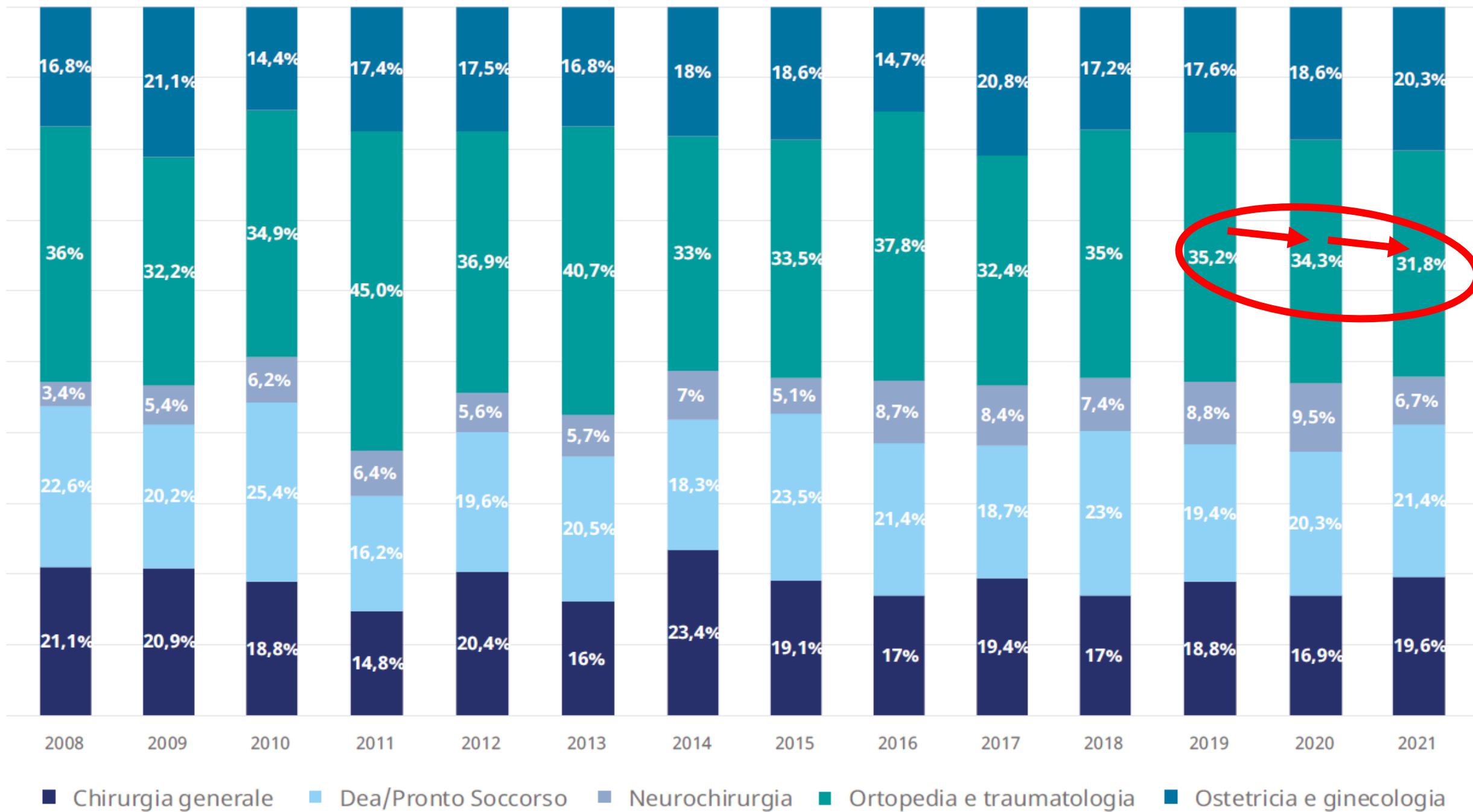


**L'ORTOPEDIA E' SEMPRE AL PRIMO POSTO DEL RISCHIO
CLINICO?**

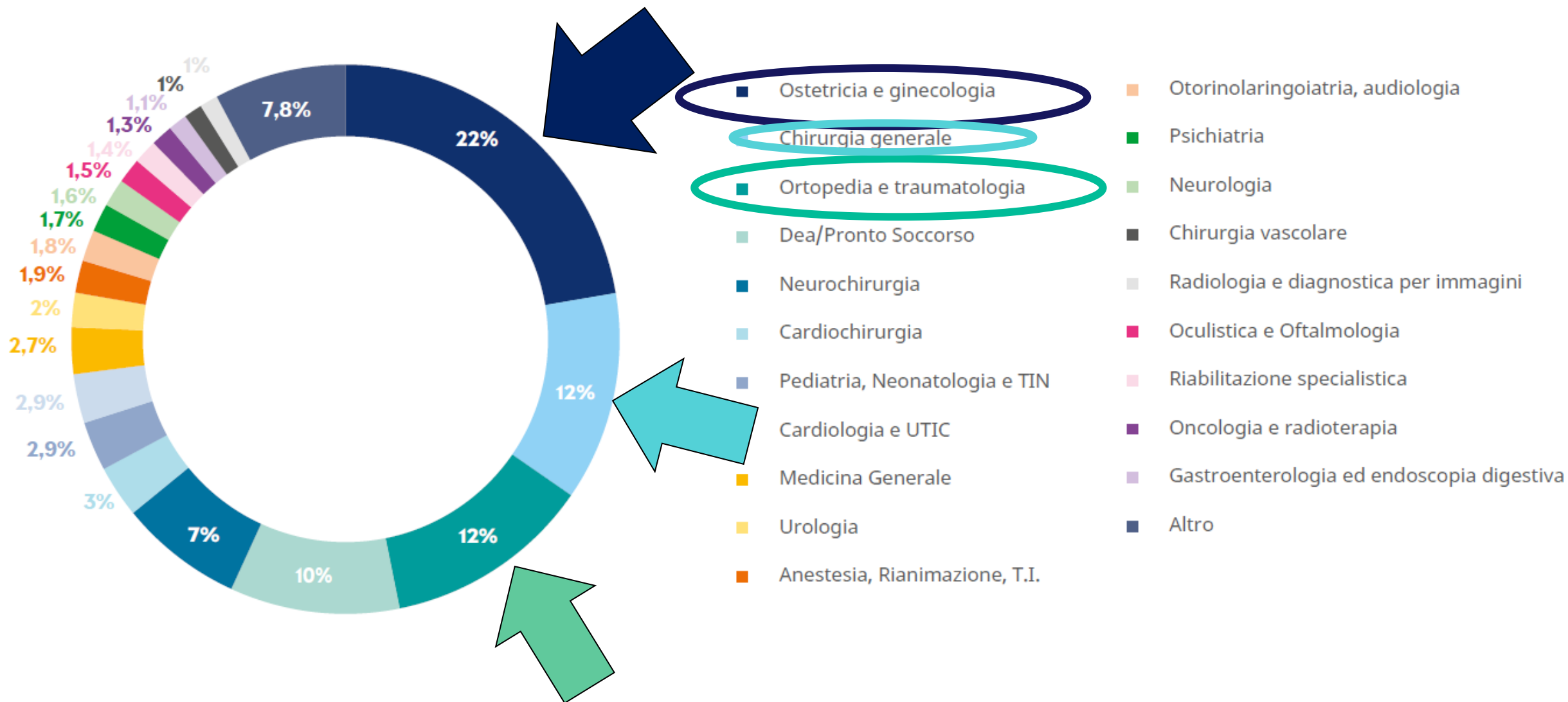
Report MedMal

Studio sull'andamento del rischio da medical malpractice nella Sanità italiana

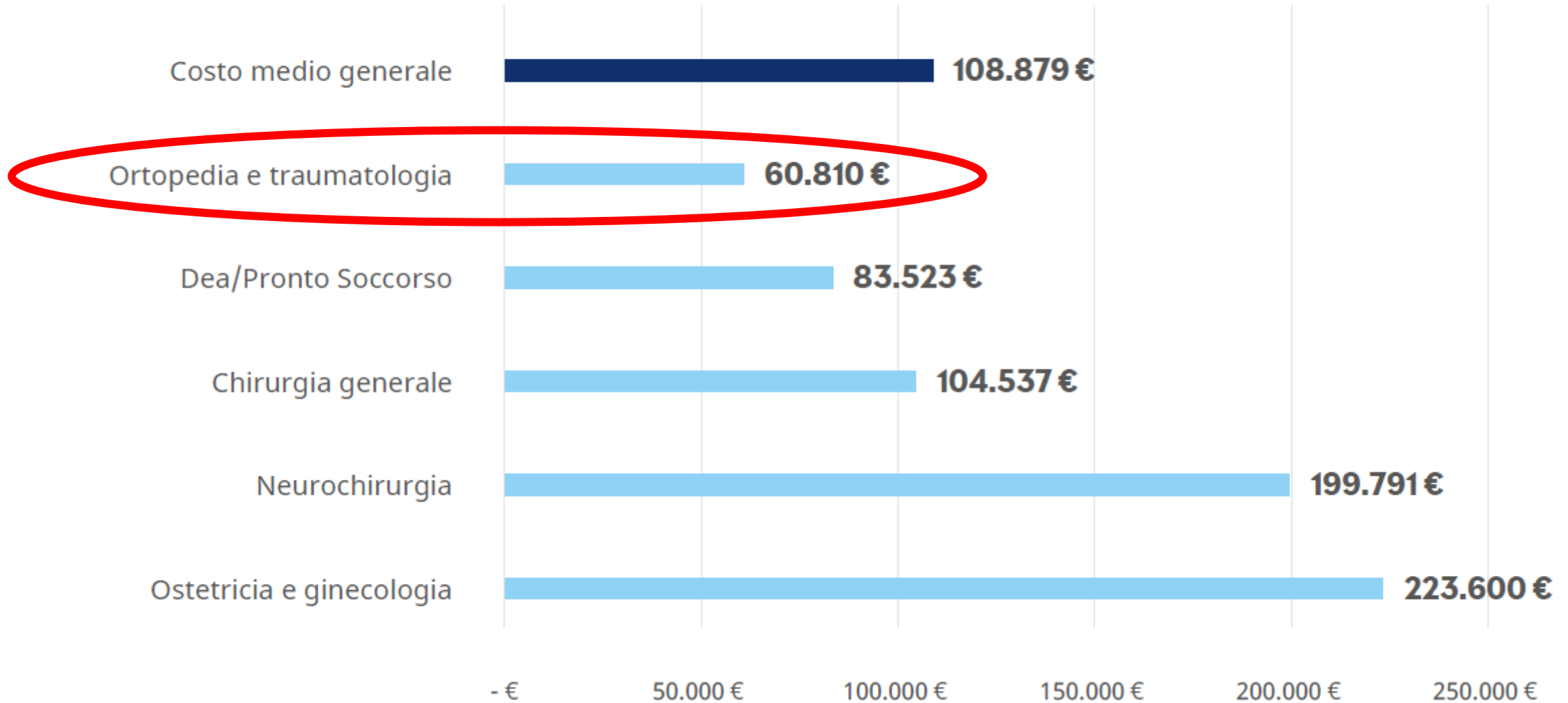




COSTO COMPLESSIVO DEI SINISTRI RISPETTO ALLE ALTRE DISCIPLINE



Costo medio per sinistro per le principali UO



Il rischio clinico è alto in ortopedia perché:

1) - È fra le specialità con maggiore volume di interventi



Il rischio clinico è alto in ortopedia perché:

2 - Le competenze sono estremamente varie



- **Tipologia di intervento**
- **Sede anatomica**
- **Varietà di strumentari**
- **Tipologia di paziente**

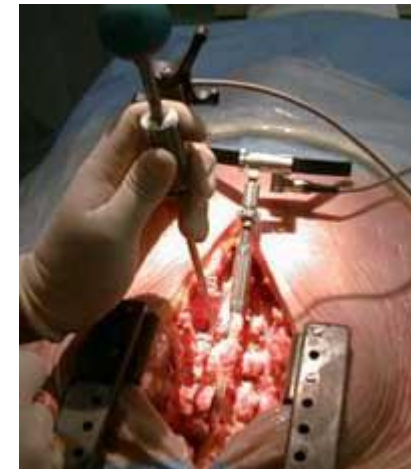
Le competenze sono estremamente varie per:

- **tipologia di intervento**
 - apparecchi gessati
- **interventi percutanei (artroscopie, endoscopie, esoscopie)**
- **interventi a cielo aperto**



Le competenze sono estremamente varie per:

- sedi anatomiche
- chirurgo del ginocchio
- chirurgo della mano
- chirurgo vertebrale
- ecc.



Le competenze sono estremamente varie per:

- varietà di strumentari chirurgici

ogni sede prevede tecniche specifiche
e strumentari diversi





Commissione per l'acquisto degli strumentari Careggi e area vasta

solo per la chirurgia vertebrale:

51 lotti di tipologie diverse di strumentari

Bologna concorso in atto: > 70 lotti



Ogni sede anatomica (mano, ginocchio, ecc.) vari strumentari

Ogni ditta, strumentari diversi

- **Necessità della presenza dello *specialist* in sala operatoria**



- **Necessità di superspecializzazioni**



**Chirurgo della
mano**



**Chirurgo
vertebrale**



**Chirurgo del
ginocchio**



Spalla, anca, ecc.

Le competenze sono estremamente varie per:

- Tipologia di paziente

- Ortopedia pediatrica



- Ortopedia geriatrica



Ortopedia pediatrica

**Il bambino non è un piccolo
adulto**



Ortopedia geriatrica

- Comorbidità
- Timing chirurgico (in traumatologia)



Il rischio clinico è alto in ortopedia perché:

3) - E' una specialità dove gli interventi sono sempre più complessi:

È passata nel giro di pochi anni da un numero limitato di interventi relativamente semplici ad una enorme gamma di possibilità chirurgiche, spesso con un elevato livello di tecnicizzazione

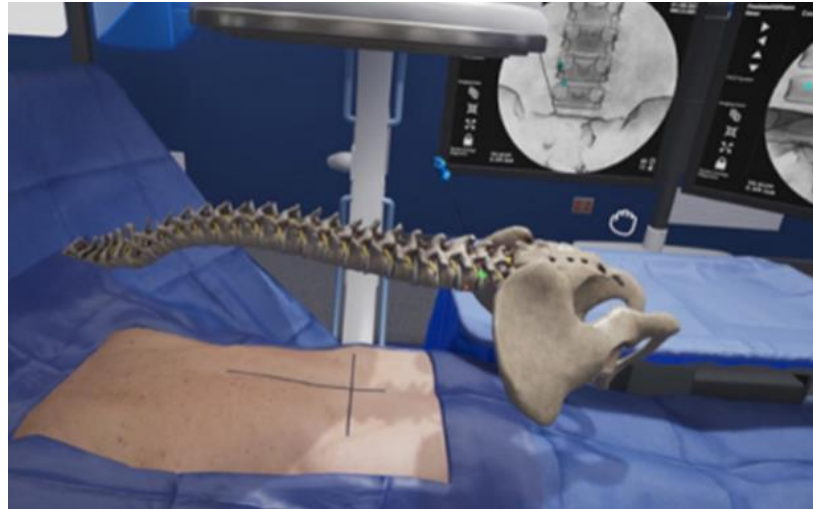


L'ortopedico è una specie di «tuttologo» ed è praticamente impossibile che un solo specialista raggiunga elevati livelli di affidabilità in tutti i settori



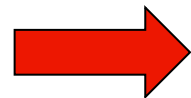
– Il tasso di innovazione è elevatissimo

La letteratura evidenzia una continua crescita di brevetti nelle aree che si sono evolute negli ultimi anni:



- navigazione
- chirurgia robotica
- chirurgia mini-invasiva
- impianti personalizzati
- stampa 3D
- intelligenza artificiale

- devono fare parte della **formazione** del chirurgo



Di chi è la responsabilità se non sono disponibili in ospedale?

- devono essere a **disposizione** del chirurgo



Qual'è la responsabilità se erano disponibili e non sono stati usati?



Di chi è la responsabilità se a sbagliare è l'intelligenza artificiale?

Il rischio clinico è alto in ortopedia perché:

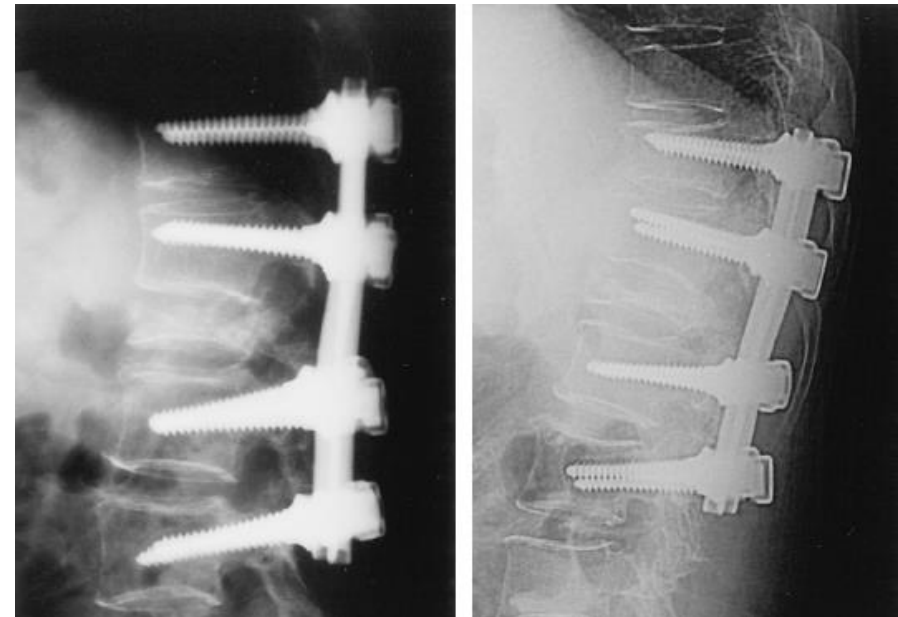
4) - E' una specialità sempre più orientata verso la chirurgia

Oggi viene operata la maggior parte dei pazienti, anche quelli che in passato sarebbero stati trattati con apparecchi gessati



- nessuno tollera più trattamenti con apparecchi gessati molto estesi o per tempi prolungati

- la chirurgia propone interventi sempre più affidabili



Il rischio clinico è alto in ortopedia perché:

5) - E' una specialità con due anime distinte:

Ortopedia elettiva



Traumatologia



Traumatologia



- Percorso clinico che inizia improvvisamente
- Scelte diagnostiche e terapeutiche condizionate dal fattore tempo
- Difficoltà di effettuare una programmazione ponderata



Accelerazione dei tempi diagnostici-terapeutici
=
maggiore probabilità di errore

Il rischio clinico è alto in ortopedia perché:

6) - Essendo una specialità che opera sull'apparato locomotore, gli eventuali danni producono **limitazioni evidenti sul piano clinico (zoppia, alterazioni funzionali)**



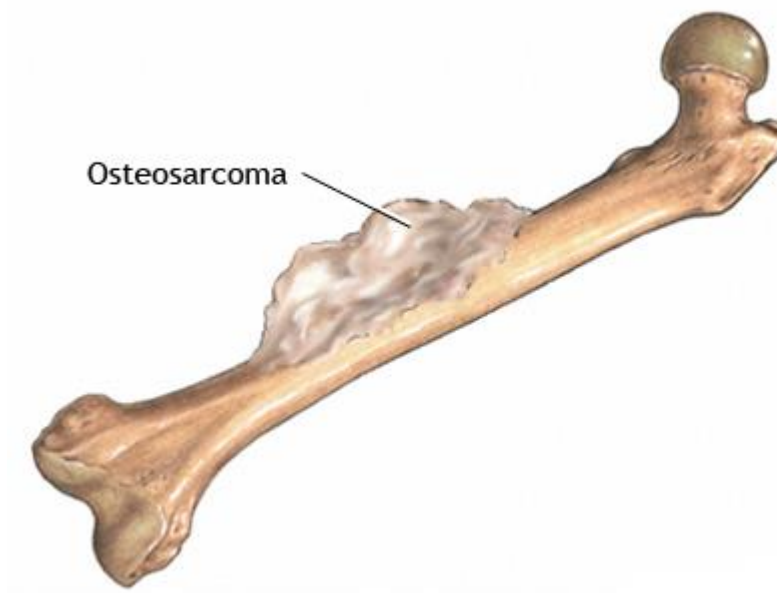
Il rischio clinico è alto in ortopedia perché:

7) - Essendo una specialità che interviene su apparati che contribuiscono all'integrità fisica, incide sulla capacità lavorativa: **coinvolgendo nella conflittualità la medicina del lavoro**



Il rischio clinico è alto in ortopedia perché:

8) – Si occupa anche di **patologie oncologiche dell'osso e dei tessuti molli, condividendone i rischi di discipline analoghe**



Il rischio clinico è alto in ortopedia perché:

9) – Pur non appartenendo alla sfera della medicina estetica, interviene spesso su deformità, per cui un insuccesso del trattamento comporta un **danno estetico**



Il rischio clinico è alto in ortopedia perché:

10) – Il **chirurgo vertebrale ortopedico è analogo al neurochirurgo spinale, con rischi di **danni potenzialmente gravissimi****

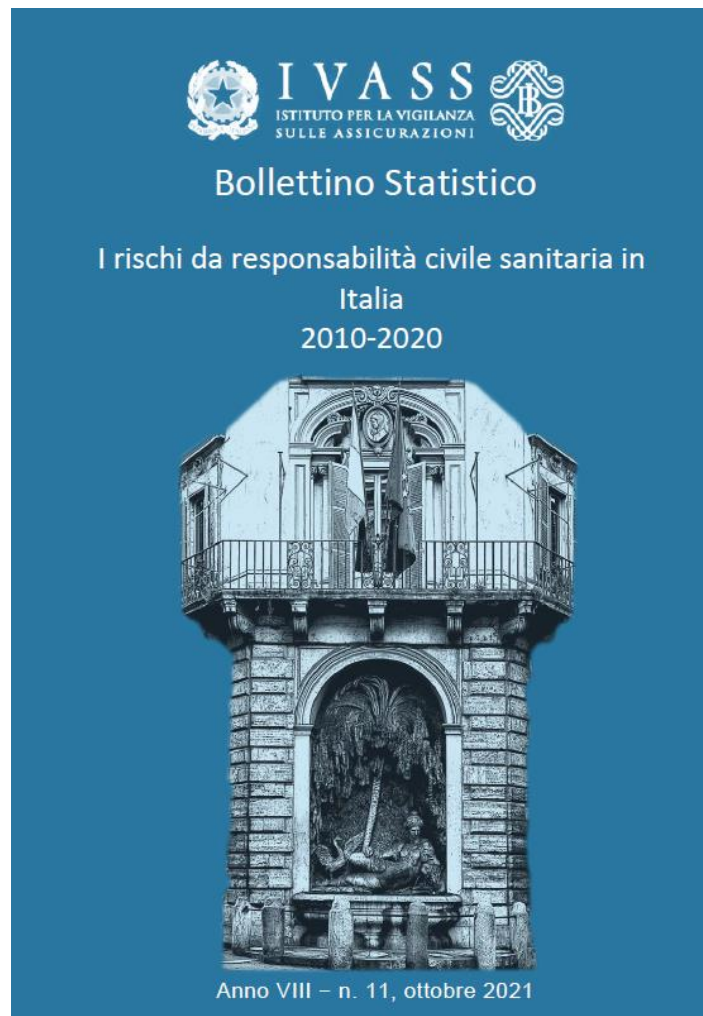
- una paraplegia post-chirurgica insorta in un bambino operato di scoliosi ha un costo umano enorme ed un costo assicurativo altrettanto pesante

- premi assicurativi elevatissimi

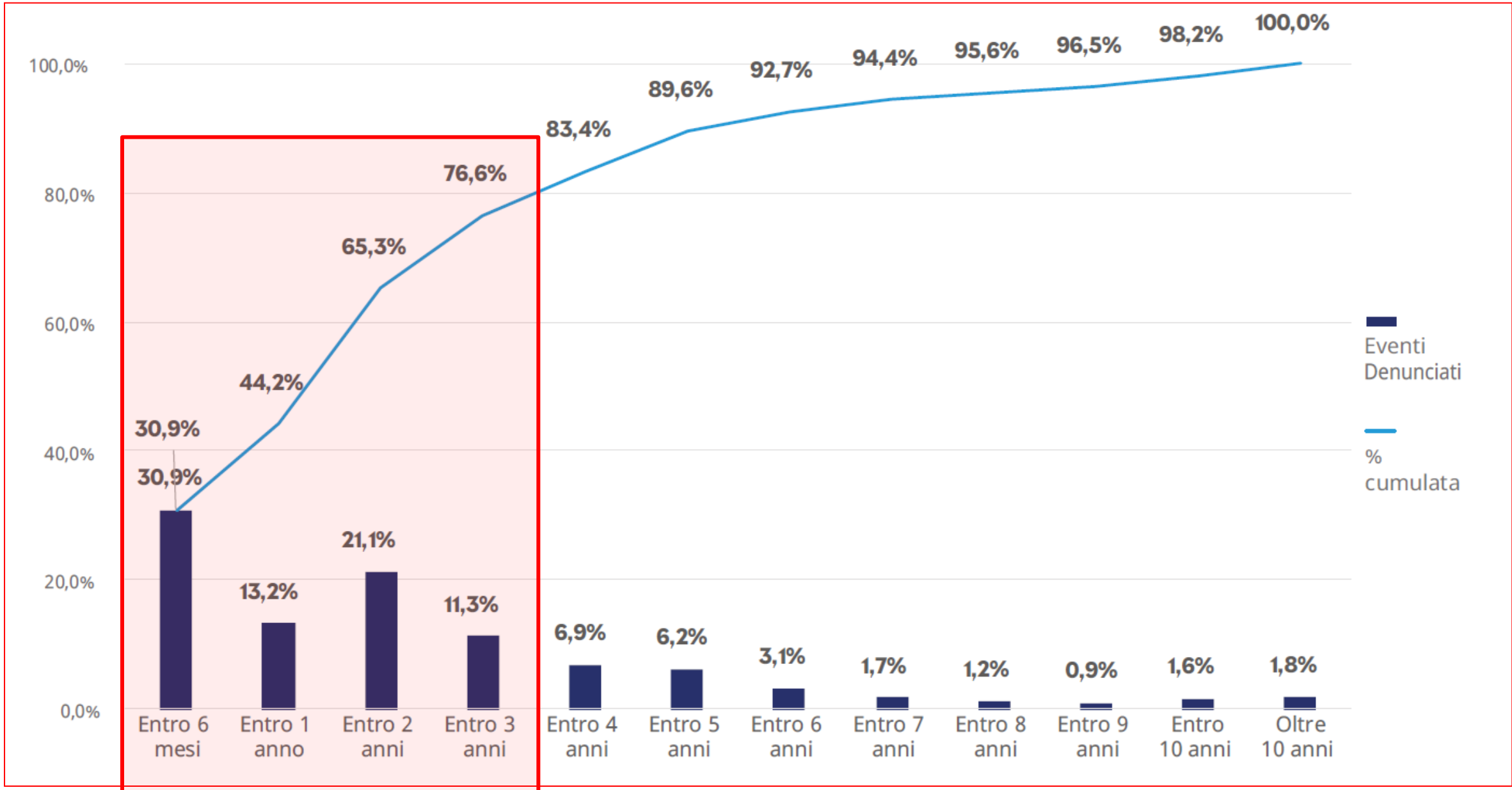




SPAZIO SIOT –SAFE REPORT SINISTRI BIENNIO 2021



Tempo di latenza della denuncia



Tempo di latenza al 30/06/2021

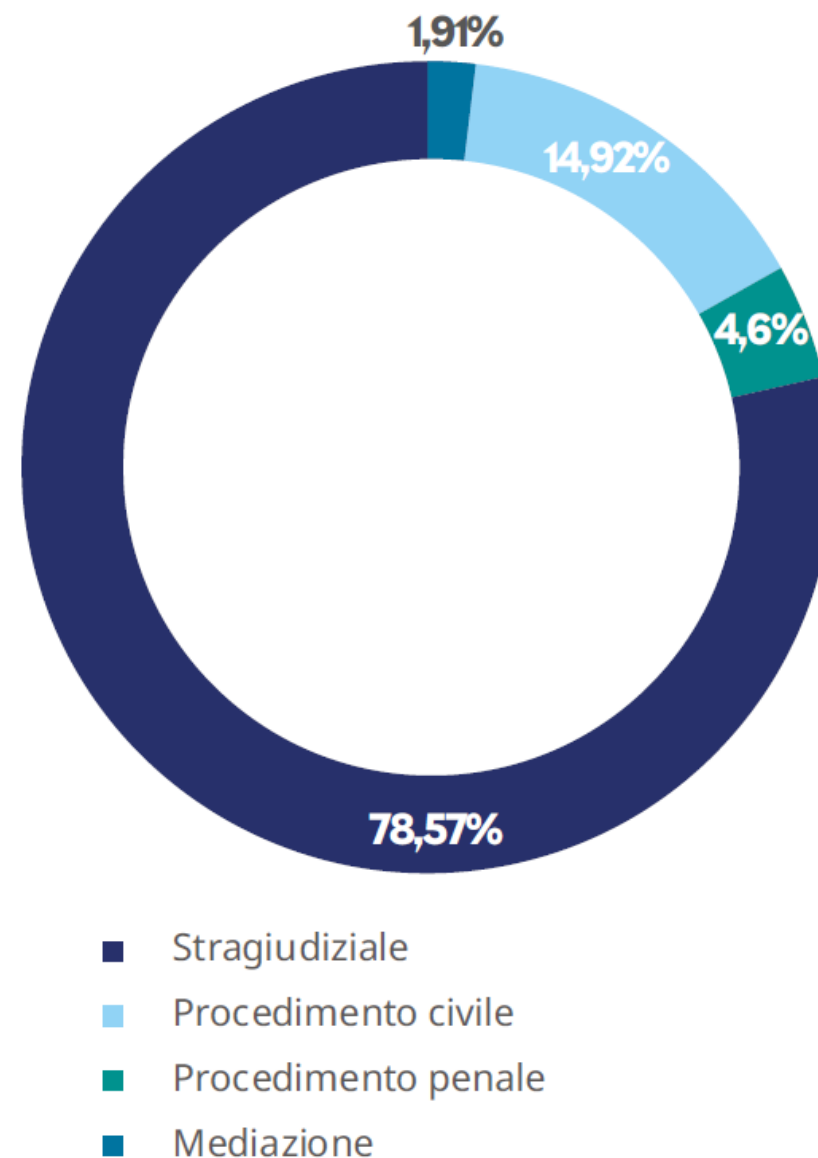
| | |
|---------|-------------------------------|
| MEDIA | 1.314 gg (3 anni e 7 mesi) |
| MEDIANA | 988 gg |

| TIPOLOGIA GIURIDICA | 30/06/2021 | | |
|-----------------------------------|------------|------------|-------------|
| SINISTRI | N. | Tot. | % |
| Procedimenti penali | 14 | 79 | 39,5 |
| Procedimenti civili: mediazione | 1 | | |
| Procedimenti civili: art.696 | 7 | | |
| Procedimenti civili: tribunale | 6 | | |
| Procedimenti amministrativi | 2 | | |
| Messa in mora da Ente | 14 | | |
| Richiesta danni | 35 | | |
| CIRCOSTANZE O FATTI | N. | Tot. | % |
| Comunicazioni ex art. 13 L. Gelli | 77 | 121 | 60,5 |
| Richiesta relazione | 36 | | |
| Denunce precauzionali | 8 | | |
| Totale Sinistri | 200 | 200 | 100 |

i sinistri sono stati suddivisi nelle seguenti categorie:

- **Procedimenti stragiudiziali:** pratiche risolte senza il ricorso all'autorità giudiziale;
- **Procedimenti civili:** pratiche discusse e gestite in sede civile;
- **Procedimenti penali:** pratiche discusse e gestite in sede penale;
- **Mediazioni:** pratiche discusse e gestite con forme di ADR (Alternative Dispute Resolution), quali la mediazione e la negoziazione assistita.

I procedimenti stragiudiziali rappresentano la maggioranza sul totale delle richieste analizzate, con una percentuale pari a 78,6 (in aumento rispetto alla precedente edizione, quando si attestavano al 71,3%). I procedimenti giudiziali (civili più penali) sono complessivamente il 19,5% mentre il ricorso alla mediazione è tuttora piuttosto limitato ed è pari all'1,9%.



Ortopedia e traumatologia

| | |
|-------------------|-------|
| Errore chirurgico | 61,4% |
|-------------------|-------|

| | |
|-----------|-------|
| Infezione | 11,8% |
|-----------|-------|

| | |
|--------------------|------|
| Errore Diagnostico | 9,0% |
|--------------------|------|

| | |
|--------------------|------|
| Errore Terapeutico | 7,5% |
|--------------------|------|

| | |
|---------------------------|------|
| Errore procedure invasive | 2,1% |
|---------------------------|------|

| | |
|----------------------|------|
| Errore assistenziale | 1,7% |
|----------------------|------|

| | |
|------------------------|------|
| Errore Anestesiologico | 1,6% |
|------------------------|------|

| | |
|--------------------|------|
| Caduta accidentale | 1,5% |
|--------------------|------|

| | |
|-------|------|
| Altro | 3,0% |
|-------|------|



| SINISTRI PER ELEZ./URGENZA | % |
|-----------------------------------|------------|
| Elezione | 53 |
| Urgenza | 47 |
| TOTALE | 100 |

PRONTO SOCCORSO TRAUMATOLOGICO

La “tempesta perfetta” per l’ortopedico





Presenza contemporanea di:



- **Paziente instabile**
- **Difficoltà a raccogliere un'anamnesi completa**
- **Necessità di prendere rapidamente decisioni importanti**
- **Confluenza di diverse competenze specialistiche**
- **Necessità di diversi trattamenti contemporanei**
- **Sovraffollamento**
- **Personale sanitario giovane o in formazione**

| SINISTRI PER DISTRETTO | % |
|---------------------------|------------|
| Avambraccio-Mano | 18 |
| Bacino-Anca-Femore | 10 |
| Gamba-Piede | 18 |
| Ginocchio | 17 |
| Gomito | 3 |
| Rachide | 4 |
| Spalla-Omero | 11 |
| TOTALE | 100 |

28

| SINISTRI PER DISTRETTO E PER EL./URG. | ELEZIONE % | URGENZA % |
|---------------------------------------|------------|------------|
| Avambraccio-Mano | 12 | 25 |
| Bacino-Anca-Femore | 29 | 27 |
| Gamba-Piede | 13 | 23 |
| Ginocchio | 28 | 5 |
| Gomito | 4 | 3 |
| Rachide | 8 | 0 |
| Spalla-Omero | 6 | 17 |
| TOTALE | 100 | 100 |



| SINISTRI PER TIPOLOGIA DI ERRORE | ELEZIONE % | URGENZA % |
|----------------------------------|------------|-----------|
| Errore Diagnostico | 5 | 12 |
| Errore Gestione Clinica | 2 | 8 |
| Errore Tratt. Chir. | 69 | 65 |
| Errore Tratt. non Chir. | 1 | 7 |
| Infezione Sito Chirurgico | 23 | 8 |
| TOTALE | 100 | 100 |

Il trattamento chirurgico è quello più spesso chiamato in causa nel rischio clinico



**Wrong side surgery?
Free case review >>**



- **Errore di identificazione del paziente rispetto all'intervento programmato**
- **Errore tecnico chirurgico**
- **Complicanze post-operatorie**

Trattamento chirurgico



Errore di identificazione del paziente rispetto all'intervento programmato

- **Interventi effettuati nel paziente sbagliato**
- **Interventi effettuati sul lato sbagliato o al livello sbagliato (rachide)**
- **Intervento effettuato con procedura sbagliata**

**Grande importanza
perché completamente
eliminabili!**

Trattamento chirurgico

Errore di identificazione del paziente rispetto all'intervento programmato



- Verifiche pre-operatorie (check list)
- Marcatura del sito
- Time-out

Trattamento chirurgico

Complicanze post-operatorie

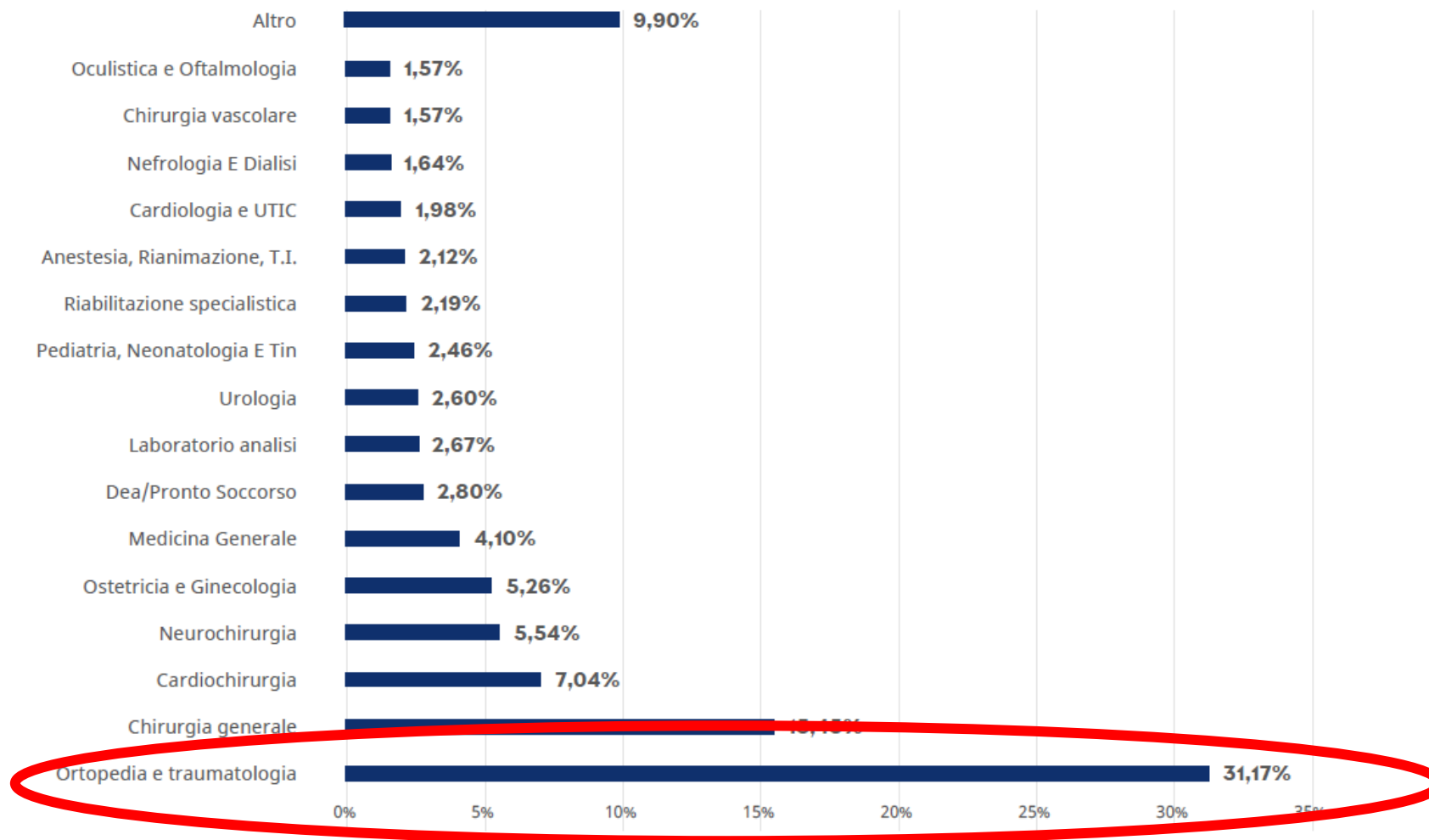
Infezione

- **Sterilità in sala**
- **Gestione delle ferite in reparto**

Occorre esercitare la massima azione di contenimento, ma non sono eliminabili

Le Infezioni Correlate con l'Assistenza (ICA)

Unità Operative maggiormente coinvolte in sinistri da infezione



1

Principio generale

Non ignorare il rischio clinico: occorre essere consapevole di poter sbagliare, credere nelle possibilità di prevenzione, abituarsi ad adottare gli accorgimenti per contenerlo.



2

Inquadramento del paziente

Raccogli sempre un'anamnesi accurata e visita il paziente, effettuando un esame obiettivo completo, senza dare per scontata la patologia che emerge dalla diagnostica per immagini, anche se eclatante.



3

Inquadramento del paziente

Esamina direttamente le immagini della diagnostica strumentale, senza accontentarti della lettura dei referti (a loro volta suscettibili di errore di persona, di lato e di diagnosi), soprattutto nelle condizioni di particolare rischio di errore per tipologia di paziente (pazienti non collaboranti) e di accesso (Pronto Soccorso affollato, ecc.); non esitare a confrontarti con il radiologo.



4

Processo decisionale

Mantieniti aggiornato. Nel percorso diagnostico-terapeutico, all'esperienza personale deve sempre affiancarsi la conoscenza meditata della letteratura più recente e l'analisi mirata del singolo caso. Occorre verificare periodicamente che indicazioni e tecniche non siano cambiate: la competenza è effimera e richiede continue verifiche e adattamenti.



5

Processo decisionale

In caso di trattamento chirurgico, **valuta correttamente le indicazioni secondo linee guida o consensus** e proponi le eventuali soluzioni alternative alla chirurgia, quando presenti: in caso di complicanze, la prima domanda che verrà posta sarà legata all'effettiva necessità di effettuare quell' intervento.

GUIDELINES



6

Valuta attentamente il rischio operatorio , cioè la probabilità statistica che si possa verificare una complicanza legata ai parametri clinici del paziente (età, comorbidità, ecc.) in relazione con i parametri operatori specifici dell'intervento (importanza del tipo di chirurgia, durata, perdite ematiche, ecc.); rapporta la *fragilità* del paziente (generale diminuzione della riserva fisiologica dei diversi organi e sistemi) al *peso* dell'intervento proposto, soprattutto in caso di comorbidità o di procedure particolarmente complesse. Consulta team multidisciplinari (internista, cardiologo, GOM, ecc.). Negli interventi che sono stati programmati da molto tempo, ricontrolla la persistenza delle indicazioni iniziali e l'assenza di eventuali controindicazioni sopraggiunte.



Trattamento chirurgico



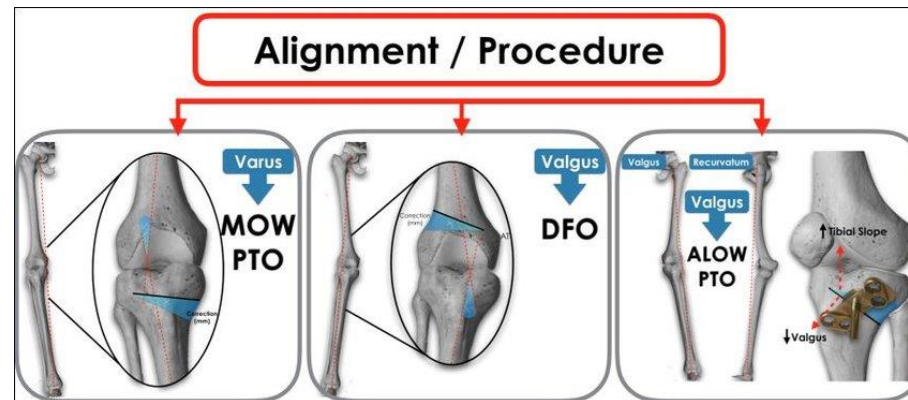
Otteni sempre un consenso informato all'intervento, utilizzando termini compatibili con il livello di scolarizzazione ed accertandoti che sia ben compreso. Fornisci informazioni verbali e scritte, in modo chiaro anche per i non addetti ai lavori sull'intervento.



8

Trattamento chirurgico

Effettua sempre un piano preoperatorio (*planning*), lavorando in gruppo (*teamwork*) e condividendolo con gli altri operatori (chirurghi, strumentisti, ecc.)





Trattamento chirurgico

Attieniti rigorosamente alla checklist chirurgica e segui la sua corretta compilazione nelle parti pertinenti. La check list è un ottimo strumento di prevenzione, non solo se è ben fatta (semplice, efficace, breve), ma anche se viene utilizzata con convinzione.



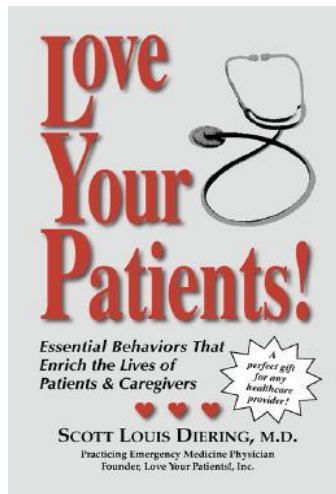
10

Intervento terapeutico

Metti in atto ogni misura preventiva delle complicanze, in particolare di quelle **infettive e trombo-emboliche**, con l'accertamento del rischio ed il suo contenimento, mediante l'applicazione di comportamenti adeguati e l'uso appropriato degli strumenti esistenti (adattamento personalizzato della profilassi antibiotica e trombo-embolica): segui sempre il decorso post-operatorio del paziente e, **in caso di complicanza, partecipa in prima persona alla ricerca delle soluzioni.**



CONCLUSIONS



Non è importante solo curare il paziente, ma anche averne cura!

Grazie!

