



È evidente che...

Capire e prevenire gli errori di terapia

A cura di IID Adriana Capalbo*, IID Luigia Caldera**

*A.O. Sant'Anna Como - Responsabile Qualità e Ricerca - SITRA - **A.O. Sant'Anna Como
Tutor Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria - Sede di Como

“Errare humanum est”. Questa locuzione latina ci ricorda che l'errore è una componente inevitabile della realtà umana e che di conseguenza sono sottoposti a questo rischio¹ anche i sistemi in cui l'uomo lavora. Nei sistemi complessi e di grandi dimensioni gli incidenti possono avere conseguenze che diventano disastrose, come quello nucleare accaduto a Chernobyl o quelli aerei accaduti nell'estate appena trascorsa.

Anche l'ambito sanitario può essere definito, per le sue varieghe e molteplici variabili, un sistema complesso in cui il problema dell'errore² può essere causato da svariati elementi che operano a diversi livelli (il compito, l'équipe, l'ambiente di lavoro, l'organizzazione...) e può determinare un danno alla persona assistita. Non è purtroppo inconsueto l'eco dei media che denuncia clamorosi errori a pazienti, mettendo in discussione la credibilità di professionisti e strutture.

Il problema della diffusione dell'errore è stato più volte affrontato e, come rilevato in un documento del Ministero della Salute³, le indagini a cui ci si può riferire sono numerose; i diversificati strumenti e contesti sanitari hanno però portato a risultati difformi: gli eventi avversi⁴ variano da un minimo di 3.7% in USA ad un massimo di 16.6% in

Australia. Queste differenze possono però essere attribuibili a obiettivi diversi che sostengono l'approccio al sistema di rilevazione degli errori: mentre in Australia è nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria, in USA l'indagine viene promossa per stimare i costi annuali della “malpractice medica” e ciò può aver costituito un forte freno alla rilevazione degli eventi avversi.

La prevedibilità degli eventi avversi è invece un dato abbastanza costante: si stima che almeno la metà di quelli rilevati poteva essere prevenuta. Gli eventi avversi possono avere gravi conseguenze, fino alla morte della persona assistita: negli Stati Uniti si stimano dai 44.000 ai 98.000 americani morti all'anno per errori medici.

In Italia le iniziative per rilevare i dati epidemiologici sia a livello aziendale che regionale sono ancora poche ma, a causa dell'acuirsi dell'attenzione agli errori e agli incidenti in paesi che sono a noi riferimento culturale, il tema della sicurezza nell'organizzazione sanitaria ha assunto un particolare rilievo. Il CENSIS ha pubblicato nel 2001 una ricerca effettuata sui casi di malasanità: da un'analisi dei casi segnalati dalla stampa nazionale risulta una settantina di casi mortali nel corso del 2000.

La risonanza internazionale dei dati

pubblicati e l'aumento delle richieste di risarcimento, ha determinato negli ultimi anni il moltiplicarsi di iniziative dedicate al *risk management*⁵, spesso proposte da broker assicurativi resi sensibili al problema.

Si va diffondendo nel mondo la consapevolezza che gli effetti della carenza di sicurezza nel contesto sanitario hanno “dimensioni epidemiche” e la considerazione che il sistema che governa le modalità d'erogazione delle cure dovrebbe essere strutturato in modo da controllare gli errori, inevitabilmente connotati all'essere uomini. Il presente lavoro analizza la tematica degli errori nella somministrazione dei farmaci, focalizzandosi in particolare sul ruolo del personale infermieristico.

Definizioni e dati epidemiologici

Per errore di terapia s'intende “ogni evento prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente”⁶. Gli errori di terapia possono potenzialmente avere serie conseguenze: alcuni possono determinare delle modifiche sullo stato di salute del paziente senza necessariamente provocare un danno, altri sono potenzialmente dannosi ma non sempre l'effetto si verifica, altri ancora, se non prontamente intercettati, determineranno sicuramente un

1 Relazione tra la probabilità che si verifichi uno specifico accadimento e la gravità delle sue possibili conseguenze (Cinotti R., 2004), pag. 354

2 Azione o omissione che determina insuccesso nel compimento di un'azione pianificata come disegnata; inidoneità di quanto pianificato al raggiungimento dello scopo (Cinotti R., 2004), pag. 352

3 Ministero della Salute (2004)

4 Danno causato dalla gestione clinica misurabile in termini di prolungamento della degenza o della disabilità al momento della dimissione (Cinotti R., 2004), pag. 353

5 Attività cliniche ed amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, per lo staff, per i visitatori e i rischi di perdita per l'organizzazione stessa (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001)

6 Ministero della Salute (2004)

danno per la persona assistita.

Si ritiene che gli errori di terapia si verifichino con una frequenza del 5% (cinque errori ogni cento somministrazioni).

Sul totale degli errori si stima che solo il 7% può potenzialmente creare danno per la persona e che “solo” l’1% degli errori terapeutici conduca effettivamente ad un **evento avverso da farmaco (ADE)**⁷.

Tuttavia è difficile avere una stima precisa del numero di errori di terapia e degli eventi avversi da farmaco a causa della difficoltà nel documentare gli stessi, della discrepanza nelle modalità di documentazione, dell’ampia diffusione di una cultura colpevolizzante nei confronti di chi commette errori e che di certo non facilita l’individuazione e la prevenzione dei medesimi.

Secondo il documento del Ministero della Salute si calcola, come proiezione delle statistiche internazionali, che circa il **4%** dei pazienti ricoverati negli ospedali italiani venga dimesso con danni o malattie dovuti ad errori di terapia o a disservizi ospedalieri.

In merito al tipo d’errore, alcuni studi

hanno dimostrato che la maggior parte degli eventi avversi da farmaco (**dal 49% al 56%**) sono dovuti ad errori di prescrizione; seguono gli errori di somministrazione (**dal 26% al 34%**), quelli di distribuzione (**14%**) e quelli di trascrizione (**11%**).

L’errore di terapia può essere classificato in cinque categorie:

1. errore di prescrizione

È il più comune e, nella maggior parte dei casi, consiste nella prescrizione di un dosaggio e/o di un regime terapeutico non adatto alle particolari caratteristiche della persona; altre volte nella prescrizione di farmaci che interagiscono fra di loro o, addirittura, nella prescrizione di un farmaco sbagliato. Nel 41% dei casi l’errore di prescrizione determina un sovradosaggio del farmaco.

2. errore di trascrizione/interpretazione

Si verifica quando la prescrizione medica, per lo più scritta a mano, non viene correttamente trascritta, riportata o interpretata.

3. errore di preparazione

Si realizza in seguito ad un’errata manipolazione del farmaco prima della somministrazione (es. diluizioni e ricostituzioni non corrette, associazioni di farmaci incompatibili, preparazione di farmaci scaduti o non adeguatamente conservati).

4. errore di distribuzione

Si realizza durante la fase di distribuzione del farmaco intesa come insieme di tutti quei processi che intercorrono tra la preparazione e la consegna del farmaco all’Unità Operativa dove verrà somministrato⁹.

5. errore di somministrazione

È definito come una variazione fra ciò che il medico ha prescritto in cartella e ciò che viene somministrato alla persona assistita. Può riguardare il dosaggio, la via, il tempo, la forma farmaceutica e la tecnica di somministrazione oltre che l’identità stessa della persona destinataria della somministrazione.

Le situazioni nelle quali più frequentemente si verificano errori di terapia e per le quali è richiesta, da parte del per-

SITUAZIONE	FATTORI DI RISCHIO
Pazienti che assumono più farmaci	C’è il rischio che non assumano il farmaco o ne raddoppino la dose
Pazienti per i quali non si hanno informazioni sufficienti	C’è il rischio di non conoscere tutte le terapie in corso della persona o le allergie note
Bambini	▶ Errori di dosaggio, soprattutto per via endovenosa ▶ Difficoltà nel calcolare la dose in quanto legata al peso ▶ Impossibilità del bambino di individuare errori terapeutici
Anziani	▶ Compromissione dello stato mentale ▶ Mancata aderenza al regime terapeutico ▶ Contemporanea assunzione di più farmaci ▶ Maggiore sensibilità agli effetti dei farmaci
Donne in gravidanza o che allattano al seno	Somministrazione di farmaci non consentiti dallo stato della donna
Prescrizioni scritte a mano	▶ Incompletezza ▶ Grafia illeggibile ▶ Uso di abbreviazioni non comuni
Somministrazione di farmaci poco comuni	Non si conoscono le modalità di diluizione o le interazioni con altri farmaci
Somministrazione per via endovenosa	Rischio di somministrazioni troppo rapide
Farmaci che necessitano di manipolazioni varie prima della somministrazione	Rischio di dosaggio impreciso per frazionamento, frantumazione o sospensione del farmaco
Farmaci che necessitano dell’esecuzione di calcoli per determinarne il giusto dosaggio	▶ Errori di calcolo della dose, soprattutto se legata all’età o al peso ▶ Utilizzo, per dosare il farmaco, del cucchiaino anziché del cucchiaino e viceversa

Tabella 1 - Situazioni a rischio di errore terapeutico

7 Per maggiori dettagli si veda: Hughes R.G., Ortiz E. (2005), pag. 17

8 Per maggiori dettagli si veda: Hughes R.G., Ortiz E. (2005), pag. 17

9 Nella realtà italiana l’errore di distribuzione può essere principalmente legato ai farmaci antiblastici o alle Nutrizioni Parenterali Totali, spesso preparate in un servizio centralizzato e poi distribuite alle diverse unità operative interessate.

sonale infermieristico, una maggiore attenzione e vigilanza, sono quelle riportate in **tabella 1**¹⁰.

Nonostante tutte le sostanze farmacologiche possano essere implicate nell'errore terapeutico, si è visto che gli errori risultano essere più frequenti per alcune categorie di farmaci (**tabella 2**¹¹):

Strategie per prevenire l'errore

La cultura corrente tende a considerare l'errore come una questione morale, piuttosto che riflettere sul fatto che, come affermato sopra, ... "errare humanum est": su tale

assunto si basano le contromisure che vengono comunemente adottate per proteggere la società da comportamenti pericolosi. Esse sono fondate sul concetto di responsabilità personale, civile e penale, e sono di-rette a ridurre la variabilità dei comportamenti mediante leggi, procedure, sanzioni. Il contesto sociale reagisce all'errore con un approccio emotivo che mira ad individuare il colpevole, a svergognarlo e a sanzionarlo pubblicamente e formalmente.

È ormai noto tuttavia che la gran parte degli errori commessi dalle persone non presenta elementi di colpa ed è

fortemente determinata dalle caratteristiche cognitive della specie umana. Un'organizzazione saggia dovrebbe partire da tale presupposto, ritenendo gli errori umani inevitabili ed agendo di conseguenza.

L'analisi di errori che hanno provocato danni sia in medicina, sia in altri settori, ha condotto ad una comprensione più ampia delle loro cause, con una minor focalizzazione sull'individuo che ha commesso l'errore ed una maggiore attenzione ai fattori organizzativi preesistenti che determinano le condizioni in cui l'errore si verifica (vedi **Figura 1**).

TIPO DI FARMACO	ESEMPI DI ERRORI COMUNI
Analgesici	▶ Eccessiva sedazione ▶ Reazioni allergiche in pazienti con allergie documentate ▶ Mancato monitoraggio dei parametri vitali
Antibiotici	▶ Uso inappropriato, non giustificato dai sintomi ▶ Antibiotico o dosaggio errati
Anticoagulanti	▶ Dosaggio inadeguato ▶ Mancata valutazione degli esami della coagulazione
Chemioterapici	▶ Mancata valutazione degli effetti collaterali ▶ Sovradosaggio ▶ Errata via di somministrazione
Diuretici	▶ Sovradosaggio ▶ Mancato monitoraggio degli elettroliti
Psicotropi	▶ Eccessiva sedazione
Antidiabetici	▶ Utilizzo in pazienti non diabetici ▶ Utilizzo dell'eparina anziché dell'insulina ▶ Utilizzo del tipo d'insulina sbagliata
FANS	▶ Utilizzo prolungato con conseguenti seri problemi gastrointestinali ▶ Somministrazione di dosi eccessive
Nutrizione Parenterale Totale	▶ Somministrazione per via periferica e non centrale ▶ Errori nel dosaggio dei componenti

Tabella 2 - Farmaci comunemente associati a errori terapeutici

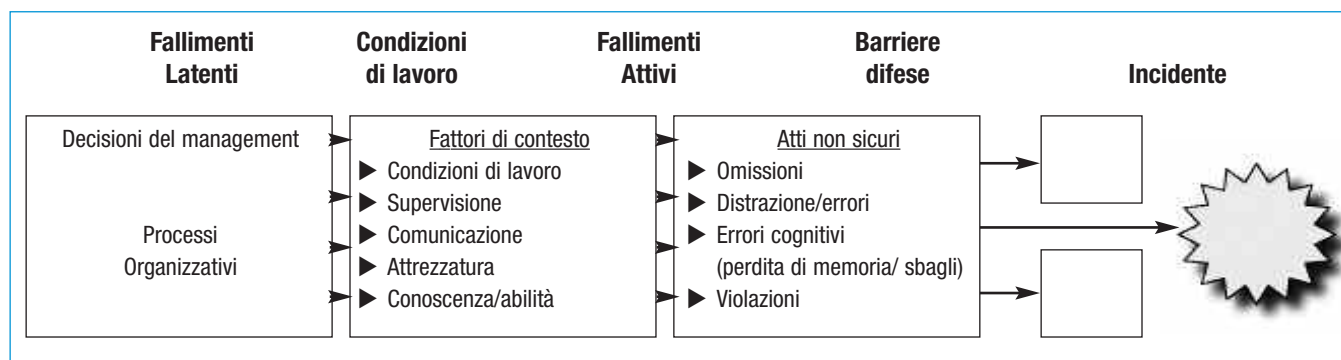


Figura 1: Il modello degli incidenti organizzativi secondo Reason

¹⁰ Modificata da Hughes R.G., Ortiz E. (2005)

¹¹ Modificata da Hughes R.G., Ortiz E. (2005)

Su queste premesse si basa Reason secondo il quale gli errori sono conseguenze dell'agire organizzato. È all'interno dei sistemi organizzativi che vanno ricercati i perché degli eventi indesiderati che si verificano: "Non si può cambiare la condizione umana ma si possono cambiare le condizioni in cui gli uomini lavorano, affinché coloro che agiscono all'interno di tali sistemi siano aiutati a non sbagliare".

Questo approccio sistemico è avvalorato dall'analisi di famosi incidenti organizzativi in cui non si riconosce l'errore di un singolo ma molteplici azioni o pericolose omissioni in cui l'incidente è solo la punta di un iceberg: il verificarsi di un incidente è il frutto di una concatenazione di eventi che hanno superato tutte le difese che erano state messe in atto.

Per rappresentare queste situazioni Reason ha utilizzato la metafora del formaggio svizzero. L'Emmenthal presenta nella pasta bolle vuote, casualmente disposte; quando viene affettato, ogni fetta, che rappresenta uno strato difensivo dell'organizzazione, possiede la propria geografia di buchi. I buchi sono le condizioni latenti di inadeguatezza del sistema, i punti critici (vedi **Figura 2**).

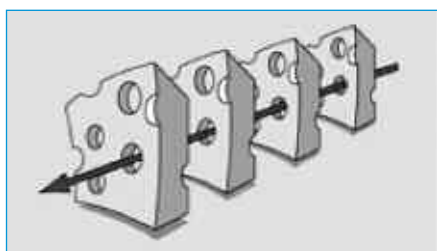


Figura 2 - Il modello del formaggio svizzero che rappresenta come le difese, le barriere ed i sistemi di sicurezza possono essere penetrati dalla traiettoria dell'incidente (Reason 1990)

Quando i buchi si allineano, si crea la possibilità di una traiettoria, ostacolata (o non ostacolata) da strati successivi di pasta di formaggio. I buchi

sono causati sia da errori attivi, cioè commessi da operatori che sono in diretto contatto con il paziente, plausibilmente errori d'esecuzione, sia da errori latenti, cioè riferibili a decisioni di progettazione del sistema, errori di pianificazione.

Poiché gli errori attivi non potranno mai essere eliminati in modo definitivo, per aumentare la sicurezza di un sistema è necessario influire sulle criticità latenti, sulle quali gli errori attivi si innescano.

Relativamente agli errori di terapia le soluzioni organizzative che possono essere messe in atto per ridurre la probabilità che l'errore si verifichi sono molteplici; fra esse ricordiamo:

- a) prescrizione computerizzata - è una modalità che nei paesi anglosassoni si è dimostrata molto efficace nel ridurre gli errori di interpretazione e trascrizione¹²;
- b) introduzione dei codici a barre nei processi di utilizzo dei farmaci;
- c) distribuzione in dose unitaria e miscelazione centralizzata dei farmaci somministrati per via endovenosa - è un sistema in uso, nei paesi anglosassoni, già dagli anni '70; associata alla prescrizione computerizzata si è dimostrata molto efficace nella riduzione degli errori di terapia;
- d) collaborazione diretta fra il farmacista ed il personale medico ed infermieristico di reparto;
- e) rilevazione degli errori legati alla somministrazione ed elaborazione di soluzioni per prevenirli.

Relativamente all'ultimo aspetto ci sembra interessante riportare un'esperienza che è stata svolta presso gli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna dove, nell'ambito di un progetto

regionale sul rischio nelle strutture sanitarie, è stato applicato il metodo FME(C)A - Failure Mode and Effect (Critically) Analysis¹³; si tratta di una modalità di controllo dei processi che, partendo dall'analisi del particolare, cioè dalle attività semplici di un processo, giunge all'individuazione del difetto/guasto presente nel sistema.

L'esperienza in questione ha coinvolto l'equipe infermieristica addetta alla preparazione ed alla somministrazione del ciclo antitumorale.

È stato scelto questo processo assistenziale poiché qualsiasi imprecisione può provocare un grave danno al paziente in termini di tossicità o, nel migliore dei casi, di riduzione dell'efficacia terapeutica.

Il metodo di lavoro, prendendo spunto da una banca dati degli incidenti relativi a questo errore, è consistito nella destrutturazione del processo assistenziale in subprocessi ed in attività elementari che lo compongono; per ognuno di questi, sono stati identificati i possibili errori del processo che possono provocare un danno al paziente e sono stati posti in ordine di priorità. I risultati hanno evidenziato che l'elemento più critico del processo è l'errata programmazione della pompa d'infusione e l'azione correttiva conseguente è stata quella di introdurre un ulteriore controllo della velocità d'infusione dei farmaci antitumorali da parte di un'infermiera, ad ogni cambio turno.

In questo modo si è aumentata la probabilità di rilevare l'errore, riducendone la frequenza d'accadimento o intercettando lo stesso prima di causare un grave danno al paziente. Il monitoraggio dopo sei mesi ha indicato una netta diminuzione della frequenza di accadimento di circa il **45%**. Oltre alle criticità legate al sistema è innegabile la responsabilità del singolo individuo che commette un errore di terapia, soprattutto qualora esso si ripeta più volte.

Relativamente al personale infer-

¹² Questo genere di errore potrebbe essere ridotto anche attraverso l'adozione del "foglio unico di terapia" in cui si identificano il medico prescrittore e colui che somministra il farmaco.

¹³ Applicazione della FMECA al processo di preparazione e somministrazione della terapia antitumorale in: La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie

mieristico è possibile individuare alcune strategie comportamentali che possono essere messe in atto al fine di garantire la massima sicurezza nella preparazione e somministrazione della terapia (tabella 3)¹⁴.

Considerazioni conclusive

Questo breve excursus sugli errori di terapia ha messo in evidenza come il problema dell'errore in sanità e le modalità per prevenirlo o comunque limitarlo, riscuotono sempre più attenzione da parte del mondo scientifico.

Emerge anche una certa complessità nel gestire la problematica legata alla difficile quantificazione del fenomeno in quanto, se non si conoscono l'en-

tità e la tipologia degli errori di terapia, diventa più complesso porre in atto misure correttive.

È indubbio che la tipologia d'azioni correttive e preventive dipenderà da come si considera l'errore: mera conseguenza di un errato comportamento individuale o concatenazione di più fattori, anche organizzativi?

Dalla nostra indagine emerge la tendenza a spostare l'attenzione dall'analisi del singolo errore all'analisi del sistema, all'interno del quale l'errore si verifica. Questo tipo d'approccio dovrebbe favorire il passaggio da una cultura colpevolizzante e punitiva che spesso impedisce la segnalazione degli errori, ad una cultura di promozione della sicurezza dove,

oltre alla responsabilità individuale, vengono identificati e corretti i fattori di sistema che hanno favorito il verificarsi dell'errore.

Certamente questo tipo di approccio non deve far venir meno l'attenzione del singolo professionista nella gestione della terapia; un professionista che deve aver acquisito nella formazione di base specifiche conoscenze e abilità, che ha la responsabilità d'aggiornare periodicamente tali competenze e che deve aver sviluppato la capacità di integrazione nell'équipe assistenziale.

Quest'ultimo aspetto è particolarmente importante se si considera che, in merito agli errori di terapia (...e non solo), più professionisti

DOMANDE DA PORSI		AZIONI
Durante la preparazione del farmaco		
Giusto farmaco	- Il paziente ha già assunto questo farmaco precedentemente? - Sulla base della diagnosi e della sintomatologia del paziente, ha senso la somministrazione di questo farmaco?	- Informarsi sulle allergie note - Valutare gli altri farmaci assunti dal paziente al fine di individuare eventuali controindicazioni - Assicurarsi che sia il giusto farmaco - Far in modo che un'altra persona controlli i farmaci in preparazione
Giusta motivazione	- Le condizioni di salute, i sintomi del paziente giustificano l'assunzione di questo farmaco?	- Valutare se il paziente presenta il problema per il quale il farmaco è indicato
Giusta dose e modalità di preparazione	- La dose che verrà somministrata è corretta? - Come verrà somministrato il farmaco?	- Assicurarsi che l'etichetta sia leggibile e facilmente comprensibile
Immediatamente prima della somministrazione		
Giusto paziente	- È il giusto paziente quello che sta ricevendo la somministrazione?	- Verificare l'identità del paziente utilizzando almeno due modalità (chiedendo al paziente il nome, controllando il numero di letto)
Giusta ora	- È giusta l'ora di somministrazione?	- Controllare quando il farmaco è stato somministrato per l'ultima volta¹⁵
Giusta via di somministrazione	- È appropriato somministrare questo farmaco per via orale, endovenosa, intramuscolare o sottocutanea?	- Controllare la prescrizione per verificare la via di somministrazione
Dopo la somministrazione		
Giusto farmaco, giusta dose e giusto decorso	- Come sta rispondendo il paziente alla terapia?	Monitorare il paziente al fine di: ► Verificare l'efficacia del farmaco ► Individuare e prevenire complicanze ► Valutare e documentare i cambiamenti nello stato di salute della persona - Se necessario, valutare gli esami ematochimici al fine di identificare eventuali cambiamenti - Chiedere alla persona di allertare il personale assistenziale alla comparsa di effetti collaterali

Tabella 3 - Corretta somministrazione terapeutica

¹⁴ Modificata da Hughes R.G., Ortiz E. (2005)

¹⁵ Questo è importante soprattutto per i farmaci somministrati "al bisogno".

¹⁶ C'è da chiedersi se le competenze acquisite dagli OSS e dai futuri OSS specializzati siano sufficienti a garantire una sicura gestione della somministrazione terapeutica.

sono coinvolti e ne condividono, inevitabilmente, la responsabilità. Eppure, molto spesso di fronte agli errori si preferisce evitare di investigare il problema, preoccupati che anche solo un segnale d'errore possa danneggiare la reputazione di coloro che sono coinvolti.

Pare, invece, che la comunicazione con la persona assistita interessata possa essere la migliore strategia: da uno studio condotto su quasi 300

pazienti sottoposti a biopsia prostatica e coinvolti in un errore diagnostico (Pietro D.A. 2000) è emerso che questi, richiamati ed informati del problema, hanno mostrato comprensione per l'inevitabilità dell'errore umano e sono stati colpiti dal fatto che si stesse facendo qualcosa per loro. Tale esperienza ha dimostrato che, anche nella gestione dell'errore, è buona strategia porre il paziente al primo posto.

“Rispondere a stupide domande è più facile che correggere stupidi errori” (Anonimo)

Bibliografia

1. Bates D.W. (2000) Using information technology to reduce rates of medication errors in hospital. *BMJ* 320: 788-791
2. Cadamuro Morgante M., Pavan G. - a cura di - (2004). Contesti operativi e responsabilità professionale. *Nursing Oggi* numero 2: 58-59
3. Cinotti R. - a cura di - (2004) La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore
4. Hughes R.G., Ortiz E. (2005) Medication Errors. *Journal of Infusion Nursing* 28 (supplem. Medication Safety): 14-24
5. Lewis L. (2005) Discussion and Recommendations: safe medication administration. An invitational symposium recommends ways of addressing obstacles. *Journal of Infusion Nursing* 28 (supplem. Medication Safety): 42-47
6. Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità (2004) Risk Management in sanità. Il problema degli errori. Roma
7. Pepper G.A. (1995) Errors in drug administration by nurses. *Am J Health-Syst Pharm* 52;15:390-395
8. Pietro D.A. et al. (2000) Detecting and reporting medical errors: why the dilemma? *BMJ* 2000; 320: 794-796.
9. Reason J.T. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-770.



NOTIZIE IN PILLOLE

Governo clinico: all'orizzonte delle novità

Approda in commissione affari sociali della Camera il testo unificato sui “Principi fondamentali in materia di SSN”. Il testo in discussione introduce delle modifiche all'impianto organizzativo delle Aziende Sanitarie definendo che gli organi dell'azienda sono: “il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale”. Oltre a ciò il testo contiene modifiche alle modalità d'assunzione e nomina dei dirigenti medici di struttura complessa e di dipartimento orientate a ridurre l'attuale potere monocratico del Direttore Generale, e la norma che consente la permanenza in servizio fino a settant'anni.

Il Collegio di Direzione (già presente oggi, ma non a rango d'organo istituzionale), presieduto dal DG, sarà costituito dai Direttori Amministrativo e Sanitario, da sei rappresentanti dei dirigenti medici (equamente suddivisi tra I e II livello) e da tre rappresentanti delle professioni infermieristiche, eletti dalle rispettive assemblee.

(fonte: *Sole24Ore Sanità* n. 29-2005)

Al via il Disegno di legge (Ddl) sul Testamento biologico

Un testamento biologico per garantire il diritto di scegliere, o di rifiutare, in anticipo e in piena coscienza, le cure d'applicare nel caso che malattie o incidenti, impedissero di esprimere il proprio consenso. Dicendo no, da subito, all'accanimento terapeutico e decidendo magari sull'uso del proprio corpo o sulle modalità di sepoltura. È questo in estrema sintesi, il contenuto del Ddl sulle “Dichiarazioni anticipate di trattamento” che a metà luglio ha incassato il via libera per l'aula del Senato da parte della Commissione Igiene e sanità.

In questo testamento biologico si potrà avere il diritto di scegliere le cure adeguate chiedere che siano evitate quelle inutili e dolorose “ma senza aprire le porte alle pratiche dell'eutanasia” ha assicurato il Senatore Antonio Tomassini (FI) presidente della commissione.

(fonte: *Sole24Ore Sanità* n. 29-2005)