

GAVeCeLT 2019

Verona, 2 - 3 - 4 dicembre



XIII 13th PICC DAY

Verona 4 dicembre – 4th December 2019



h 11-12 am

GLI ASPETTI ORGANIZZATIVI - LOGISTICS AND ORGANIZATION

Ci sono ancora dubbi sulla liceità del posizionamento di PICC da parte dell'infermiere ?

PICCs can be inserted by either physicians or nurses, as long as they are appropriately trained: dose anyone still have doubts about that?

Roberto Biffi, MD, PhD, FSPS

Dept. of G-I Surgery

Director, Peritoneal Cancer Surgery Unit

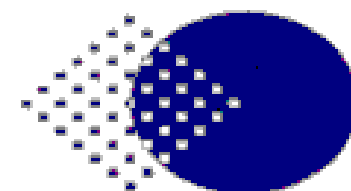
and Ovarian Cancer Center

European Institute of Oncology – Milano, Italy

Adjunct Professor of General Surgery, University of Milan

Co-Director ESAGON

**European School of Abdomino-pelvic Surgery in
Gynecologic Oncology**



European Institute of
Oncology - Milano

Disclosures

- Dr Biffi has been Consultant/Advisory Board Member for Carefusion Italy srl, Sesto Fiorentino up to 2013.
- He obtained technical support for conducting RCTs by Bard Italy, Rome ; B. Braun SpA, Milan; and ConvaTEC Inc., Princeton, NJ USA.
- He received unrestricted educational grants from Firms /Companies (Bard Italy, B . Braun Milano, Johnson & Johnson Italy, Ethicon Endosurgery , Covidien Italy) and Public Charities.
- Part of his investigational activity was supported by a competitive research grant of AIRC (Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro = Italian Cancer Research Foundation). Grant # 1126.

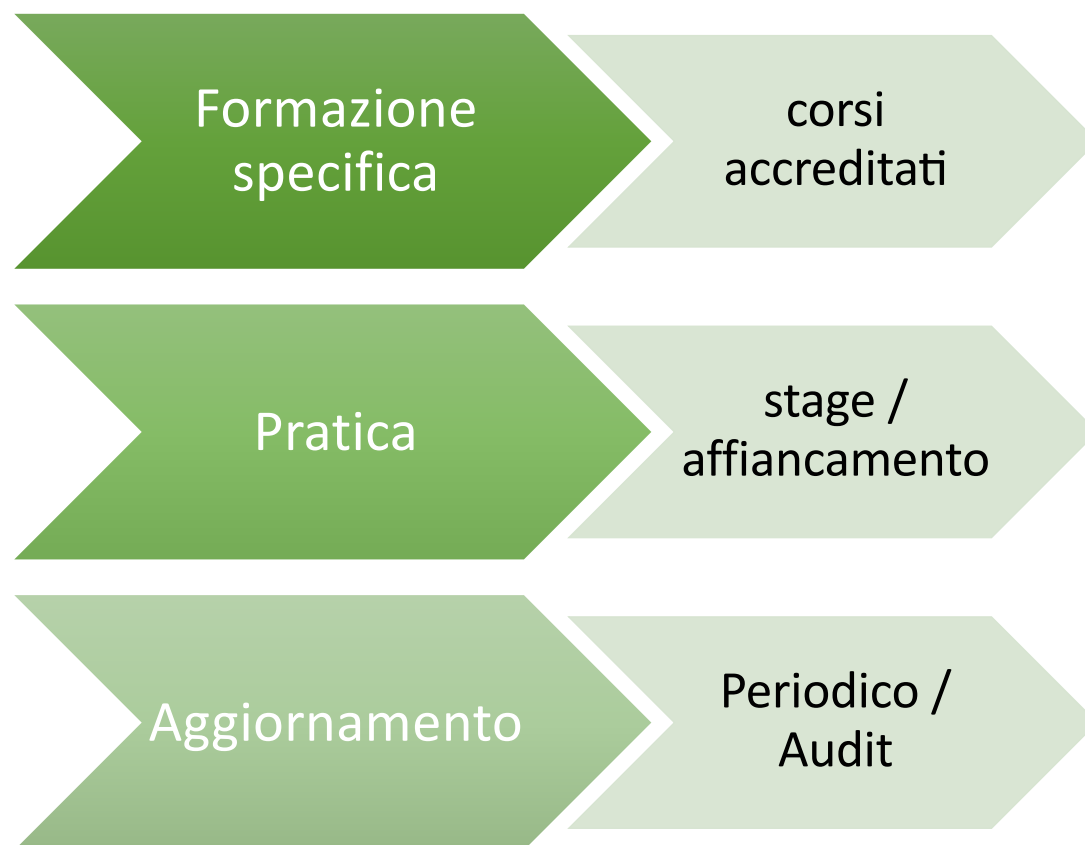
I HAVE NO CONFLICTS OF INTEREST TO DISCLOSE

Risposta «secca»: NO

A condizione di poter dimostrare:

- L'adeguatezza del percorso formativo seguito, compreso l'aggiornamento periodico
- L'adozione e l'osservanza di Linee Guida e Raccomandazioni
- La tracciabilità - in una documentazione accessibile - di tutto il processo adottato, dal consenso informato, all'impianto ed alla gestione dell'accesso – monitoraggio / audit periodico.

Percorso formativo della «Competenza»



Adeguatezza del percorso formativo seguito, compreso l'aggiornamento periodico.



Organization Accredited
by Joint Commission International

Avere un dossier di ogni singolo operatore sanitario operante nella struttura, custodito da HR, e' uno standard preteso da JCI per le istituzioni che ne richiedano l'accreditamento. In Lombardia questo standard è richiesto anche alle aziende sanitarie accreditate SSR, indipendentemente da accreditamento JCI.

Dal 1992 con l'introduzione della formazione universitaria (D.Lgs. 30 Dicembre 1992), e con i successivi Decreti (D.M. del 3 Novembre 1999 n° 509, D.M. 22 Ottobre 2004, n° 270, D.M. 8 Gennaio 2009, D.M. 19 Febbraio 2009), la professione infermieristica ha subito una profonda evoluzione.



D.P.R. n. 225/1974 (*"Mansionario"*)



ART. 1

Le attribuzioni di **carattere organizzativo e amministrativo** degli infermieri professionali sono le seguenti:

- a) programmazione di propri **piani di lavoro** e di quelli del personale alle proprie dipendenze, loro presentazione ai superiori e successiva attuazione;
- b) annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti) e conservazione di tutta la documentazione clinica sino al momento della consegna agli archivi centrali; registrazione su apposito diario di prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio;
- c) richiesta ordinaria e urgente di interventi medici e di altro personale a seconda delle esigenze sanitarie, sociali e spirituali degli assistiti;
- d) compilazione dati sul movimento degli assistiti e collaborazione alla raccolta ed elaborazione di dati statistici relativi al servizio;
- e) tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente;
- f) registrazione del carico e scarico dei medicinali, dei disinfettanti, dei veleni e degli stupefacenti; loro custodia e sorveglianza sulla distruzione. Custodia delle apparecchiature e delle dotazioni di reparto;

Federazione Nazionale Collegio Ipasvi



IPASVI

Il codice deontologico dell'infermiere

Nel profilo professionale infermieristico rientra tutto ciò che è parte della assistenza al paziente (il che esclude soltanto diagnosi, prescrizione terapeutica e pratica chirurgica).

In tutti i paesi dove si inseriscono PICC in grandi numeri (USA, Canada, Cina, Brasile, UK, UE: Francia, Spagna, Svezia, Colombia, Cile, etc.) gli infermieri sono autorizzati al posizionamento di PICC ed altri accessi venosi.

Quale specifica normativa italiana lo vieterebbe?
Perché non viene insegnato nel corso di laurea infermieristica?

Oggi sono universalmente condivise le raccomandazioni provenienti da una consensus evidence based del WoCoVa (World Congress of Vascular Access), pubblicata sul BJA (British Journal of Anaesthesia) nel 2013, che definisce i requisiti formativi minimi necessari per l'impianto di un accesso venoso centrale.



BJA Advance Access published January 29, 2013

British Journal of Anaesthesia Page 1 of 10
doi:10.1093/bja/aes499

BJA

Evidence-based consensus on the insertion of central venous access devices: definition of minimal requirements for training

N. Moureau¹, M. Lamperti^{2*}, L. J. Kelly³, R. Dawson⁴, M. Elbarbary⁵, A. J. H. van Bortel⁶ and M. Pittiruti⁷

¹ PICC Excellence Inc., Greenville Hospital System University Medical Center, Hartwell, GA, USA

² Department of Neuroanaesthesia, Neurological Institute Besta, Via Celoria, 11, 20136 Milan, Italy

³ Department of Health, University of the West of Scotland, Glasgow, UK

⁴ PICC Academy, University of the West of Scotland, Concord Hospital, Nashua, NH, USA

⁵ National and Gulf Center for Evidence Based Health Practice, King Saud University for Health Sciences, Riyadh, Saudi Arabia

⁶ Infusion Innovations, Vascular Access Team Utrecht, Utrecht, The Netherlands

⁷ Department of Surgery, Catholic University, Rome, Italy

* Corresponding author. E-mail: doclampmd@gmail.com

Editor's key points

- This review presents consensus on standard minimal requirements for training on central venous access devices.
- An international task force generated an evidence-based consensus.
- The task force proposed 16 recommendations.
- Standardized education, simulation practice, and supervised insertions are the key to ensuring safe and competent practice.

Summary. There is a lack of standard minimal requirements for the training of insertion techniques and maintenance of central venous access devices (CVADs). An international evidence-based consensus task force was established through the World Congress of Vascular Access (WoCoVa) to provide definitions and recommendations for training and insertion of CVADs. Medical literature published from February 1971 to April 2012 regarding 'central vascular access', 'training', 'competency', 'simulation', and 'ultrasound' was reviewed on PubMed, BioMed Central, ScienceDirect, and Scopus databases. The GRADE and the GRADE-RAND methods were utilized to develop recommendations. Out of 156 papers initially identified, 83 papers described training for central vascular access placement. Sixteen recommendations are proposed by this task force, each with an evidence level, degree of consensus, and recommendation grade. These recommendations suggest central venous access education include didactic or web-based teaching with insertion procedure, infection prevention, complications, care, and maintenance of devices, along with laboratory models and tools for simulation practice incorporating ultrasound. Clinical competence should be determined by observation during clinical practice using a global rating scale rather than by the number of procedures performed. Ensuring safe insertion and management of central venous devices requires standardized education, simulation practice, and supervised insertions.

Keywords: catheter-related infections; prevention and control; catheterization; central venous access; central venous; standards; clinical competence; competency; complications; computer-assisted instruction; consensus; evidence-based medicine; education; GRADE; guideline; humans; infection; internship and residency; programme development; programme evaluation; RAND; supervision; simulation; subclavian vein; training; ultrasound guidance; ultrasonography; vascular access; vascular surgical procedures

Education surrounding the insertion of central venous access devices (CVADs) remains undefined. Training is defined as the acquisition of knowledge, skills, and competence related to a specific activity or procedure. Understanding and establishing the level of education required for safe insertion procedures and management of CVADs is the focus of this publication. There is variability of knowledge and competency among inserters which is represented quantitatively by the number of complications that occur from patient to patient.¹ It has been demonstrated that a systematic training process, including ultrasound instruction before

patient insertions, reduces mechanical and infectious complications.²⁻⁶

Current CVAD literature related to training, supervision, and competence acquisition does not define a fully standardized programme for trainees; nor does it establish guidelines for supervisors. No standard didactic or simulation training is currently required before the insertion of CVADs by clinicians in training other than supervision of an unspecified number of insertions. The supervision requirements do not specify the role, experience, or competence of the supervisor.

Appendix 1. Global Rating Scale

Central Venous Catheter Insertion: Global Rating Scale

Operator: Date/...../.....

Supervisor.....

Scale: Level 0: Not completed

Level 1: Novice: Uses 'rules' to perform a ridged text book procedure. Requires lots of practice.

Level 2: Advanced beginner: Requires direction with many questions. Requires further practice.

Level 3: Competent but lacks self direction and is inflexible with performance.

Level 4: Proficient: Sees the situation as a whole. Performance guided by knowledge and expertise.

Adapted from Gentile DL (2012) Applying the Novice-to-Expert Model to Infusion Nursing. Journ Infus Nurs 35(2):101-107 and Benner P. (1984) Novice to expert: Promoting Excellence and Power in Clinical Practice. Menlo Park: Addison – Wesley

Performance Criteria	Level	Comments and Case Difficulty
1. Demonstrates effective ultrasound use for sizing of vessels and depth determination for establishing needle angle with gel, aseptic management of probe and ergonomic positioning of clinician and patient		
2. Identify relevant veins and arteries: internal and external jugular veins/carotid artery, Subclavian vein/artery, brachial vein, basilic vein, cephalic vein		
3. Differentiate veins from arteries based on anatomic position, compressibility, respirophasic changes, views via in-plane and out-of-plane orientation, can identify vascular thrombosis by visualisation or by compression		
4. Prepares patient's skin effectively and establishes and manages a sterile field during the procedure including maximum sterile barriers and ultrasound sterile cover		
5. Demonstrates knowledge of the effects of patient positioning on anatomical topography depending on type of placement: Trendelenburg, head rotation		

6. Demonstrates a skilful and accurate ultrasound guided venous puncture, management of supplies and sterile catheter preparation consistent with manufacturer instructions		
7. Demonstrates a good understanding of the steps leading to a successful CVC placement including: Guidewire manipulation, tunnelling (if necessary), dilator and peel away sheath use		
8. Appropriately secures the CVC post insertion, completes confirmation of tip, cleans probe and unit after use		

Case Difficulty

Extremely easy	Fairly easy	Average	Fairly difficult	Very challenging
1	2	3	4	5

Declaration

Box 2: Satisfactory Standard

Grade 3 or 4 across all domains with the following provisos: No Level 1's or 2's. Please initial relevant box below

Standard Achieved ☐ Standard **not** achieved ☐

Failure to achieve the Standard by the participant requires a repeat of the supervised insertion until the Standard/Competency is achieved

Please also complete the expert global evaluation below – this will be used to validate the process, and will not be used in assessing the candidates.

Confidential: Expert Global Evaluation - Overall Judgement

In order to help with setting standards and validating the process, please give your expert global assessment **independent** of the above grading – in other words, do you personally judge that the operator is a competent independent operator. Please check one of the two boxes below.

The candidate: Is competent in inserting CVC's independently ☐
Is **not** competent to independently insert CVC's ☐

I CERTIFY THAT THE OPERATOR/PERFORMER _____

- consensus del GIPE (Gruppo Italiano PICC Expert) del 2011

Uso dell'ecografo come strumento di semeiotica (non di diagnosi) per migliorare l'efficacia e l'efficienza della prestazione >> nuovo strumento impiegabile da ogni infermiere formato, anche per attività diverse dalla cannulazione venosa .

Abbattimento dei rischi legati alla puntura arteriosa e nervosa con l'utilizzo dell'ecografia..

PERCORSO FORMATIVO

INTRODUZIONE

La diffusione in tutto il territorio nazionale della pratica del posizionamento ecoguidato di accessi venosi centrali ad inserzione periferica (PICC) ha comportato la necessità di definire in modo preciso i requisiti minimi del percorso formativo di tale addestramento.

Tale metodica infatti non può essere acquisita in modo efficiente attraverso il semplice studio teorico di manuali/procedure o attraverso processi di osservazione/imitazione. Inoltre, i dati della letteratura dimostrano come la qualità della prestazione (minimizzazione di complicanze, massima costo efficacia ed efficienza) - nel campo del posizionamento degli accessi venosi ecoguidati - è strettamente correlata alla qualità del percorso formativo intrapreso.

In altre parole, un apprendimento carente dal punto di vista teorico, e/o una insufficiente pratica di laboratorio, e/o una esperienza clinica iniziale mal tutorata o addirittura completamente autonoma, sono tutti inevitabilmente associati ad una incidenza significativa di fallimenti, complicanze, ritardi, sprechi di materiale, fino al venir meno dei livelli minimi di sicurezza e costo-efficacia della manovra.

Per questo motivo, il G.I.P.E. (Gruppo Italiano PICC Expert) ha ritenuto opportuno cercare di definire, attraverso lo strumento metodologico di una Consensus, quali siano i requisiti minimi per la progettazione e attuazione di un percorso formativo adeguato nell'ambito del posizionamento ecoguidato dei PICC.

In particolare, questa problematica è stata suddivisa nei seguenti aspetti:

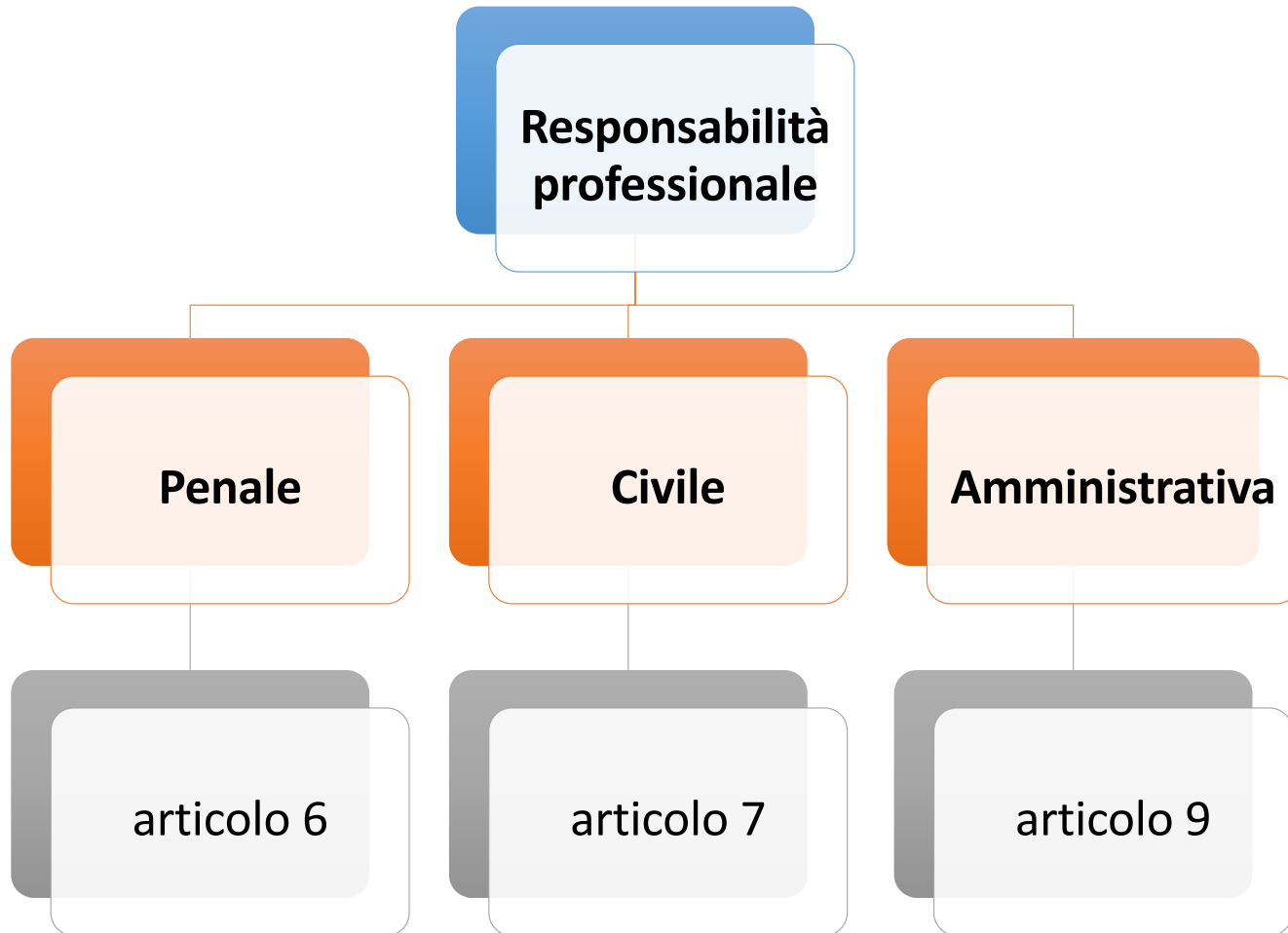
- 1) quale sia la struttura generale di un percorso formativo che possa essere considerato appropriato
- 2) come debba essere strutturato un corso teorico-pratico di addestramento/training
- 3) come debba continuare il percorso formativo dopo il corso di addestramento: quale possa essere la prevista curva di apprendimento autonomo e se sia opportuno un audit conclusivo
- 4) chi sia qualificato a gestire come docente/tutor tale percorso formativo

Nonostante un numero crescente di linee guida e raccomandazioni internazionali, l'introduzione delle tecniche di venipuntura centrale eco-guidata nella pratica clinica ha incontrato una certa resistenza. Una delle ragioni di ciò sta nel fatto che tali tecniche richiedono un training specifico più complesso. In particolare, la curva di apprendimento e le modalità di insegnamento costituiscono ancora oggetto di controversia.

Un sondaggio eseguito tra 250 anestesisti nel Regno Unito ha evidenziato che il 41% degli intervistati non riteneva che l'utilizzo della guida ecografica costituisse uno "standard of care" per l'inserimento di un CVC. Tuttavia, l'84% degli intervistati riteneva che chiunque utilizzi l'*imaging* ad ultrasuoni nell'impianto in un catetere venoso centrale deve assolutamente aver ricevuto una formazione adeguata; il 67% degli intervistati riteneva che il livello dei modelli di *training* esistenti al momento dello svolgimento del sondaggio era assolutamente inadeguato alle reali necessità. Allo stesso modo, uno studio condotto negli Stati Uniti ha evidenziato che meno del 15% del personale medico si avvale della guida ecografica per l'impianto di CVC. In ambito infermieristico, e quindi per quanto attiene il posizionamento ecoguidato di PICC, la situazione sembrerebbe appena migliore: la diffusione della tecnica ecografica ha incontrato poca o nessuna resistenza da parte degli operatori, ma pur riconoscendo il ruolo indispensabile del *training* (la cui importanza è stata spesso sottolineata dagli stessi operatori), non si è riusciti a sviluppare un modello univoco di formazione. La carenza di percorsi

La responsabilità professionale IN AMBITO SANITARIO è ora anche INFERMIERISTICA

(Legge GELLI)



Disposizioni in materia di **sicurezza delle cure** e della persona assistita, nonché
in materia di **responsabilità professionale** degli esercenti le professioni
sanitarie



Cassazione. Confermata condanna per infermiere che aveva somministrato farmaci senza prescrizione del medico

2018

Era stato accertato che in almeno nove occasioni aveva somministrato farmaci soggetti a prescrizione medica nelle strutture sanitarie dove lavorava... Ma la Corte sembra "aprire" alla possibilità di prescrizioni "orali" del medico.

2019

Paziente muore con codice verde in PS. Quale responsabilità per l'infermiere del triage?

Sul tema sono intervenute due recenti sentenze della Cassazione. In ambedue i casi i pazienti erano stati segnalati dal triage come codici verdi e in ambedue i casi è seguito il decesso del paziente. Ma in un caso l'infermiere è stato condannato nell'altro no.

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna il 23 ottobre 2018 ha scritto una lettera dettagliata dal titolo "Atto Ecografico - Ambito di Esclusiva Competenza del Medico", la lettera è stata inviata a direttori di ASL e al Ministro della Salute - dott.sa Grillo (Governo Conte 1).

*L'analisi presentata nella lettera unisce tutte le metodologie di utilizzo dell'ecografo da parte degli infermieri come nell'urgenza con il metodo ecografico FAST, la valutazione del SNG e del CV, il posizionamento del PICC e le riporta ad una condizione dove c'è una **necessità diagnostica del medico**.*



Nessuna traccia della lettera nel sito dell'Ordine, da me consultato il giorno 11 nov 2019 (rimossa?)

A Milano vi sono almeno 2 grandi ASST ospedaliere in cui Direzione Generale e/o Sanitaria (compreso SITRA) si oppongono all'istituzione/attività di PICC team coordinati e condotti da infermieri...

Se ritieni di aver subito
un danno da responsabilità
Medica o sanitaria e desideri giustizia,
contattaci senza impegno.

CONTATTACI SENZA IMPEGNO
o chiama il numero Verde: xxxxxxxxxxxx

Numero Verde
Studio Legale
Le sedi di Roma e Milano:
Via xxxxxx, 39
00193 Roma RM
Largo xxxxxx, 7
20122 Milano MI



PERCHÉ DOVRESTI RIVOLGERTI ALLO STUDIO LEGALE xxx ?

PERCHÉ NON DOVRAI SOSTENERE ALCUN COSTO FINO
AL RISARCIMENTO OTTENUTO

Team di specialisti

PERCHÉ SIAMO SPECIALIZZATI ESCLUSIVAMENTE
IN RESPONSABILITÀ SANITARIA E DELLA STRUTTURA

Servizio a 360

PERCHÉ TI ASSISTIAMO IN TUTTE LE FASI DI QUESTO
PERCORSO SENZA CHE TU DEBBA PREOCCUPARTI PIÙ DI NULLA

Presenti in tutta Italia

PERCHÉ ABBIAMO UNA PRESENZA CAPILLARE IN TUTTO
IL TERRITORIO ITALIANO





Art. 1 - Sicurezza delle cure in sanità

1. “La **sicurezza delle cure** è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività”

Costo corrente con la Posta EDIZIONE STRAORDINARIA Anno 58° — Numero 298
GAZZETTA UFFICIALE
PARTE PRIMA ROMA - Sabato, 27 dicembre 1947 SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI
DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONI DELLE LEGGI - TELEF. 86-139 81-336 81-484
AMMINISTRAZIONE PRESSO LA LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERRI 10, ROMA - TELEF. 86-633 845-737 859-144

COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

ART.32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.



Art. 1 - Sicurezza delle cure in sanità

2. «La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative»



Art. 5 – Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle LG

1. “Gli esercenti le professioni sanitarie ... si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ... In mancanza ... si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali”



NICE

National Institute for
Health and Care Excellence

**Centro Nazionale Eccellenza
Clinica Qualità e Sicurezza delle Cure**





SNLG

SNLG
dell'Istituto Superiore di Sanità

[Editoriale](#)[Informazioni](#)[Buone pratiche](#)[Linee guida](#)[Piattaforma SNLG](#)

[Home](#) > [Linee guida](#) > [Archivio per categoria "](#)

Archivi categoria: *Produzione*

[Consultazione](#)[Valutazione e pubblicazione](#)[Produzione](#)

Strumenti per gli sviluppatori di LG

In questa sezione sono riportati gli **standard metodologici di riferimento** che il CNEC raccomanda per la produzione e la valutazione critica di LG destinate a essere pubblicate nel sito SNLG.

Manuale metodologico ISS 2018 per la produzione di LG [\[link\]](#): rappresenterà il nuovo manuale di riferimento per la produzione di LG dell'Istituto Superiore di Sanità. Incorpora la metodologia GRADE e tiene conto dell'esperienza maturata nella produzione di LG da parte delle maggiori organizzazioni internazionali dedicate allo scopo, adattata al contesto italiano.

Il metodo GRADE [\[link\]](#): è il metodo adottato da un numero sempre maggiore di organizzazioni internazionali e a riferimento per la valutazione della qualità delle prove e la produzione di raccomandazioni cliniche che tengano conto della qualità delle evidenze, condizionano la forza e la direzione delle raccomandazioni, incluso un chiaro bilancio dei valori e le preferenze dei pazienti e l'impiego delle risorse. Nelle sue recenti estensioni (DECIDE) il metodo GRADE si basa sulla prospettiva delle LG (se orientate al paziente individuale, a gruppi di pazienti, o per fini di salute pubblica).

**Online dal
maggio 2018**



🏠 > [Linee guida](#) > Archivio per categoria "Consultazione"

Archivi categoria: *Consultazione*

LG SNLG

In questa sezione sono riportate le **LG nazionali** proposte da società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con DM 2 agosto 2017, e dagli enti e istituzioni pubbliche e private previste dalla legge n° 24/2017.

Le LG qui pubblicate, incluse quelle presenti nella precedente versione dell'SNLG non più vecchie di tre anni, hanno superato il processo di valutazione previsto dalla suddetta legge.

Le LG sono consultabili e scaricabili dagli utenti in formato PDF.

Visualizza elementi

Cerca:

Area	Titolo	Produttore	Data immissione nell'SNLG	Link a full text LG	Valutazione complessiva LG con AGREE II
Ginecologia	Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla	Istituto Superiore di Sanità	Settembre 2017	Scarica file	Qualità complessiva: 6/7 Si raccomanda l'utilizzo della LG

Definizione Buone Pratiche

«Riteniamo che sotto questo ombrello vi possano rientrare **svariati documenti evidence o anche consensus based**, nelle more della produzione di un sufficiente numero di LG, purché siano attentamente **selezionati secondo criteri espliciti**»

Monitoraggio degli esiti





Art. 1 - Sicurezza delle cure in sanità

3. “Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale”



**Responsabilità
professionale**

Penale

articolo 6



Perizia
dell'operatore

- Comprovata competenza
- Ruolo organizzazione

Linee Guida

- Adattate al singolo contesto organizzativo

Caso concreto

- Tenere conto della specifica situazione clinica

**Responsabilità
professionale**

Civile

articolo 7

2

luglio 2014

i dossier di

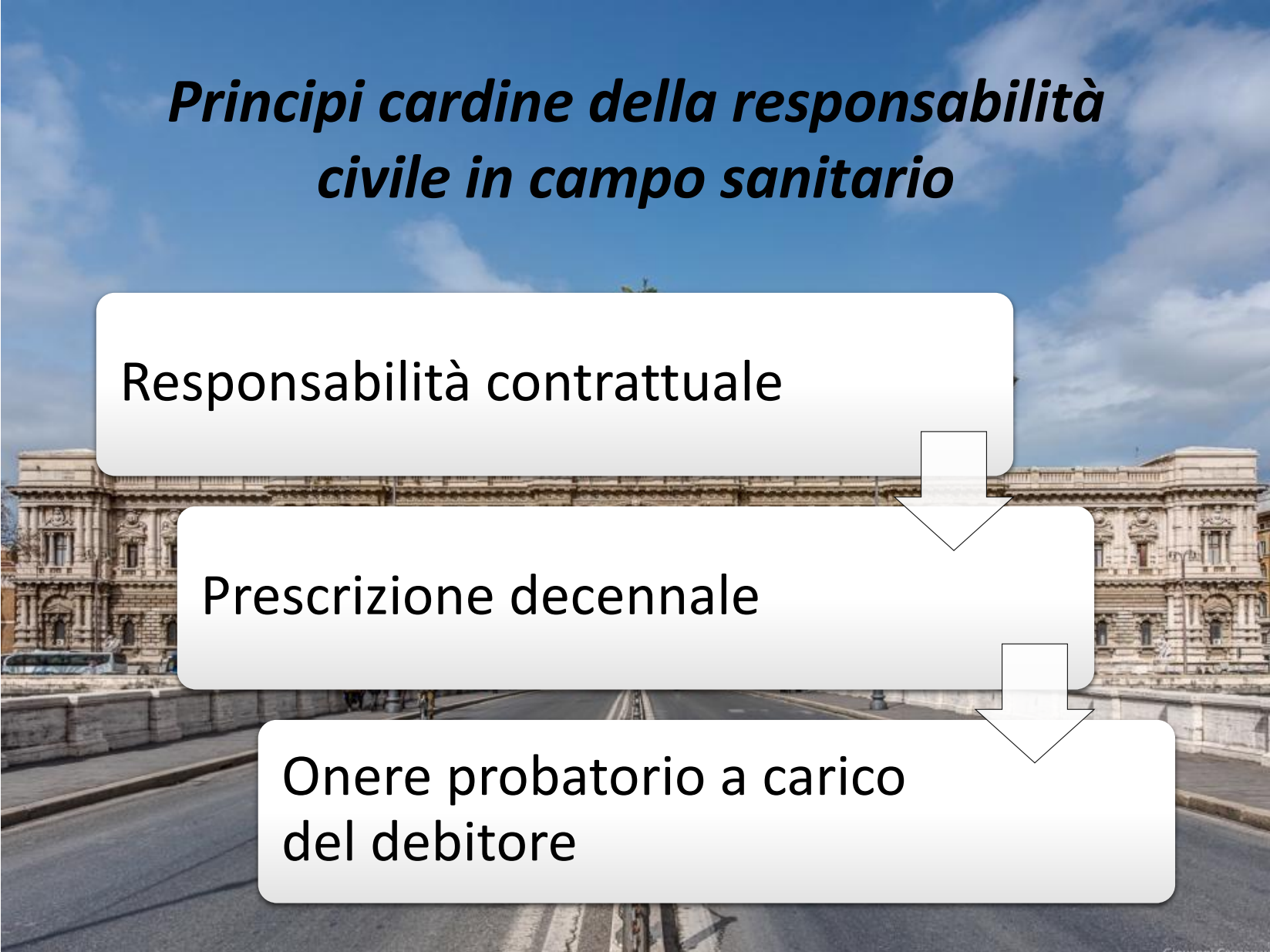
Ania

Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici

Malpractice, il grande caos

- Negli ospedali
carenza di offerte
assicurative
per i costi elevati
(e incerti) dei
risarcimenti.
Il numero dei sinistri
è in leggero calo
- Le Regioni
in cammino verso
l'autoassicurazione
o la non assicurazione



The background of the slide is a photograph of a wide, paved street in Rome, likely Via dei Fori Imperiali, leading towards the Via dei Fori Imperiali. On either side of the street are grand, multi-story classical buildings with numerous windows and balconies. The sky is blue with scattered white clouds. The overall scene is bright and clear.

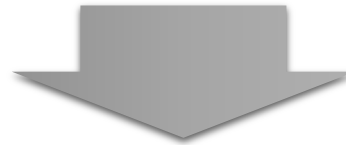
Principi cardine della responsabilità civile in campo sanitario

Responsabilità contrattuale

Prescrizione decennale

Onere probatorio a carico
del debitore

**Fare le cose “per bene”
non basta**



**E' necessario documentare
l'attività**



Le implicazioni organizzative e medico legali di un Team dedicato alla gestione degli accessi vascolari.

3M™ Health Care Academy

 IEO education
Istituto Europeo di Oncologia



**Istituto Europeo
di Oncologia**
Via Ripamonti 435,
Milano

Save the Date!

**13 ottobre 2017
Dalle 9:30 alle 15:00**

Interverranno in veste di relatori
condividendo l'esperienza IEO:

- *Dr. L. O. Molendini - Medico Legale*
- *Dr. G. Magon - Dir. SITRA*
- *Dr. R. Biffi - Resp. Medico PICC Team*
- *A. Piredda - Coord. Inf. PICC Team*

**Un doveroso ringraziamento al
Dr Luigi O. Molendini**

studiomolendini@icloud.com

Conclusioni: il nostro compito oggi è:

- Informarci su ciò che è nuovo e provatamente efficace
- Cambiare (in meglio) i nostri comportamenti
- Collaborare con le altre figure professionali
- Stabilire insieme in ogni istituzione norme generali di comportamento
- ALGORITMI
- BUNDLE DI INSERZIONE
- BUNDLE DI MANTENIMENTO
- Addestrare medici e infermieri per creare team specifici per l'impianto di ogni dispositivo di accesso vascolare
- Ricordare ogni istante che i nostri obiettivi sono – nell'ordine - la SICUREZZA del paziente, la COSTO-EFFICACIA della procedura e l' EFFICIENZA aziendale.

MANY THANKS FOR YOUR ATTENTION



Roberto Biffi, MD, PhD
Director
Unit of Peritoneal Cancer Surgery
Dept. of G-I Surgery

Ovarian Cancer Center
ESAGON CoDirector

Adjunct Professor of General Surgery
University of Milan

European Institute of Oncology,
Milan, Italy