



FNOMCeO

Il Presidente

4719

24 APR. 2007

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI CAO

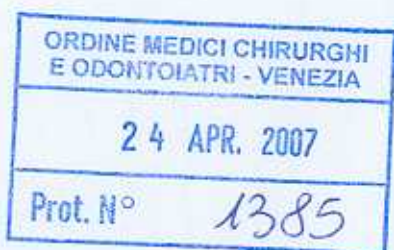
LORO E-MAIL

Cari Colleghi,

provvedo ad inviarVi il documento su "errori umani ed errori dei sistemi; le responsabilità del medico" approvato dal Consiglio Nazionale in data 21 aprile u.s., nonché la mozione d'ordine - anch'essa approvata in pari data - concernente l'istituzione di nuovi profili professionali in ambito sanitario.

Vi informo, inoltre, che il documento sull'errore umano è stato già consegnato alla stampa, che ne faceva pressante richiesta.

Mi è gradita l'occasione per inviarVi i più cordiali saluti.



Dr. Amedeo Bianco



TITOLO 0101
FASCICOLO /

All.ti

**Documento approvato all'unanimità dal Consiglio Nazionale della
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi
e degli Odontoiatri
Cagliari 21 Aprile 2007**

**Premessa : errori umani ed errori dei sistemi ; le responsabilità
del medico**

La sicurezza delle cure rappresenta un obiettivo qualificante ed irrinunciabile di ogni moderna politica indirizzata al conseguimento dell'efficacia delle organizzazioni sanitarie e alla promozione della qualità dei servizi resa e percepita dai cittadini.

Lo sviluppo della medicina moderna come scienza biotecnologica e della sanità come complessa rete di servizi alla persona e alla collettività, hanno profondamente mutato le caratteristiche tecnico-professionali dell'atto medico, compresa la natura dei possibili errori e dei relativi profili di responsabilità. In una medicina povera di tecnologia ed in una sanità a bassa complessità organizzativa, il colloquio con il paziente, la semeiotica fisica, il ragionamento clinico, l'esperienza e l'autorevolezza del singolo professionista, erano alla base del processo diagnostico terapeutico; l'eventuale errore era fondamentalmente attribuibile ad un "profilo individuale" di responsabilità per manifesta imperizia, imprudenza e negligenza.

Lo sviluppo verticale delle conoscenze e delle competenze che si distribuiscono su più profili professionali, il massiccio ingresso orizzontale nella pratica clinico-assistenziale di sofisticate tecnologie e presidi, il ruolo sempre più attivo dei cittadini nel richiedere accessibilità, efficacia e sicurezza delle attività sanitarie, hanno incrementato in modo esponenziale la complessità delle organizzazioni sanitarie. Il processo clinico assistenziale, anche sotto la spinta di esasperate politiche aziendalistiche alla ricerca di efficienza, è diventato simile ad una linea di produzione di una merce che mantiene però un altissimo contenuto etico e civile. In questo processo ed intorno ad esso si muovono più attori con i propri ambiti di autonomia e di responsabilità ed un universo di domande e di bisogni ai quali non sempre possono corrispondere i medici e la medicina. Tutto ciò va contestualizzato all'interno di un rapporto medico-paziente in continuo cambiamento, che i medici vedono sintetizzato nel concetto di alleanza terapeutica; un contesto in cui le aspettative, più o meno giustificate, del paziente hanno una grande rilevanza. La complessità tecnico organizzativa delle attività, la molteplicità delle relazioni intra ed interprofessionali, l'invasività delle nuove tecniche e tecnologie di diagnosi e cura, definiscono un *sistema che tende a produrre al suo interno condizioni favorevoli al manifestarsi*

di errori. In questo senso, senza nulla voler sottrarre agli ambiti di responsabilità individuale, laddove presenti, l'errore in sanità modifica sostanzialmente la propria natura. Le azioni rivolte alla sicurezza delle cure devono, dunque, innanzitutto far emergere e correggere i cosiddetti errori latenti, quelli cioè che appartengono all'area organizzativo-gestionale dei processi clinico assistenziali; in questa prospettiva il "fattore umano" rappresenta quasi sempre l'ultimo anello di una catena di difetti del sistema; in altre parole è l'effettore dell'evento indesiderato.

Questa moderna visione dell'errore consente di rappresentare in modo più realistico il fenomeno del rischio clinico e soprattutto di sviluppare efficaci politiche della sicurezza e quindi della qualità, laddove l'attenzione viene fortemente indirizzata, oltre che sugli operatori, sulle organizzazioni dei servizi. In questa prospettiva gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, si sono adoperati affinché prevalga una cultura diversa, "positiva" dell'errore, affermando con chiarezza, all'art. 14 del nuovo Codice di Deontologia Medica, che al medico compete *"la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure"*.

Per tale ragione la FNOMCeO, interpretando e facendo proprie le legittime esigenze dei cittadini e della professione, ritiene che la promozione della sicurezza ed una efficace ed efficiente prevenzione e gestione del rischio clinico e degli eventi indesiderati, rappresenti un diritto dei pazienti ed un dovere dei professionisti quale elemento qualificante delle prestazioni erogate e, a tale scopo, pongono all'attenzione delle Istituzioni e di tutti i soggetti coinvolti alcune proposte concrete.

1) Produrre e trasmettere ai professionisti la cultura dell'errore, del rischio clinico e della sicurezza delle cure

Una efficace ed efficiente azione di prevenzione e gestione del rischio non può prescindere da una conoscenza dei determinanti del fenomeno che va considerata una vera e propria malattia del sistema sanitario. Di questa patologia sono note in letteratura le caratteristiche epidemiologiche, la tassonomia, gli strumenti di indagine, le procedure di misura e valutazione, infine alcune terapie efficaci. Queste conoscenze definiscono un nuovo sottosistema cognitivo che deve entrare a pieno titolo nel core curriculum formativo dei futuri medici (e di tutti i futuri professionisti della salute) per cui riteniamo indispensabile:

- a)- *introdurre nei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie, e specificatamente in Medicina e Odontoiatria, la necessità di acquisire un congruo numero di Crediti Universitari (almeno 5) sul tema del rischio clinico e della sicurezza delle cure, compresi gli aspetti legati alla comunicazione e alla deontologia.*

- b)- affrontare, nei corsi di specializzazione post laurea e di formazione in medicina generale, le tematiche della sicurezza peculiari delle attività specialistiche in causa con particolare riguardo alle tecnologie sanitarie e ai farmaci.
- c)- prevedere che, nel prossimo triennio, nel programma ECM di ogni professionista siano previsti un congruo numero di Crediti Formativi (non meno di 25) per le attività di audit o similari in materia di sicurezza delle cure. In particolare nelle attività di elevata complessità tecnico-manuale è sicuramente utile favorire lo sviluppo di tecniche e procedure di simulazione, già largamente impegnate in tutti i sistemi "ad alta affidabilità" (es. aeronautica) con scopo di insegnamento, di esercizio e di verifica periodica sia degli apparati e delle organizzazioni che delle performances umane (Screen Based Simulators, Task Trainers e Simulatori in Scala Reale).

2)- Rafforzare ed estendere la diffusione delle buone pratiche cliniche, la valutazione delle attività sanitarie e la gestione integrata delle competenze.

La sicurezza delle cure si fonda altresì sulla produzione, diffusione ed utilizzo delle buone pratiche cliniche che contrastino la pervasività della cosiddetta "medicina difensiva" e l'enorme rischio connesso al mantenimento, nella pratica professionale, di procedure ed orientamenti diagnostico-terapeutici non più validati dall'evidenza scientifica; in questa prospettiva la sicurezza delle cure è innanzitutto una questione tecnico-professionale. Con tale obiettivo la FNOMCeO ritiene indispensabile che nelle misure legislative di ammodernamento del SSN e nella direzione di un governo clinico delle attività sanitarie, fondato su un forte ed autorevole ruolo di indirizzo e governo della qualità delle cure che prevede un ruolo "centrale" del Ministero della Salute e su una qualificata partecipazione e cooperazione di altri soggetti aventi titolo e competenze istituzionali (Regioni e Province Autonome) tra i quali la FNOMCeO, vengano resi operativi ed operino in rete funzionale con e/o nell'ambito di altri organismi e soggetti istituzionali:

a) - il Centro Nazionale Linee-Guida con il compito di promuovere le attività e le procedure preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con il miglior impatto positivo in termini di salute (e sicurezza) e ottimale utilizzo delle risorse;

b) - il Centro Nazionale Technology Assessment con le funzioni di promuovere l'introduzione di nuove tecnologie ed il loro utilizzo secondo criteri di efficacia,

appropriatezza e sicurezza sulla base delle evidenze scientifiche e di ottimale impiego delle risorse.

*c) - **il Centro Nazionale Valutazione Servizi Sanitari** con le finalità di valutare i livelli di coerenza delle prestazioni rese, agli obiettivi e alle linee strategiche del SSN e delle innovazioni apportate dai Piani Sanitari Nazionali. In tale contesto la valutazione delle attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio clinico, soprattutto se misurate sulla efficacia degli esiti, assume particolare rilievo ed appare in grado di contribuire fortemente ad un orientamento alla qualità dell'intero sistema che deve migliorare il rapporto con i cittadini garantendo loro una maggiore sicurezza e trasparenza delle strutture sanitarie specie su alcuni dei più comuni eventi avversi (es. infezioni ospedaliere, errori di terapia, prevenzione delle cadute ecc.).*

3) - Progettare le organizzazioni sanitarie ed orientare la loro gestione in funzione della sicurezza delle attività.

Le caratteristiche prevalenti di errore di sistema attribuibili alla stragrande maggioranza degli eventi avversi in sanità, pongano una questione centrale a tutti coloro che portano la responsabilità gestionale dei processi di cura e cioè quella di riprogettare organizzazioni più sicure sulla base e sulla scorta degli errori non evitati ma evitabili, con o senza danni ai pazienti. Queste attività sono tipicamente "bottom-up", fondate, cioè, su una forte responsabilizzazione dei professionisti, testimoni ed attori dei processi clinico-assistenziali che mandano segnali al management, da cui si aspettano risposte pronte, adeguate ed efficaci sul rimodellamento dell'organizzazione.

Su tale base la FNOMCeO ritiene che, con provvedimento legislativo attinente ai principi fondamentali dell'ordinamento del SSN, debba essere previsto che

*a) - tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, siano dotate di una **funzione e/o struttura operativa dedicata alla sicurezza dei pazienti e alla gestione del rischio clinico** attraverso le attività di prevenzione degli errori (Incident Reporting), di valutazione reattiva e proattiva degli stessi (Audit Clinico, GRC, Rassegna di Mortalità e Morbilità, Mappe di Rischio, etc) infine di corretta gestione degli eventi avversi che si manifestano nel corso e a seguito di procedure cliniche dalla comunicazione alle procedure di valutazione e riconoscimento del danno ingiusto. Il Dipartimento ospedaliero ed analoghe configurazioni organizzative e gestionali delle attività territoriali definiscono l'ambiente fisico mentre tutti i professionisti in ragione delle proprie funzioni e responsabilità gestionali rappresentano i soggetti nei quali e tra i quali far sviluppare le procedure, gli strumenti e gli obiettivi di sicurezza e la*

valutazione dei risultati conseguiti. Tutte le U.O. dovrebbero essere quindi vincolate all'obbligo di report periodici sui quali, tra l'altro, valutare gli obiettivi di risultato del Responsabile e dei professionisti afferenti alla U.O. Lo stesso Direttore Generale andrebbe valutato in ragione degli obiettivi di sicurezza delle cure proposti ed effettivamente conseguiti.

Tali funzioni e/o strutture dedicate alla sicurezza vanno coordinate con la Direzione Sanitaria Aziendale ma collocate in staff con la Direzione Generale al fine di consentire prontezza ed efficacia alle azioni di prevenzione e correzione degli errori di sistema e alle azioni di gestione degli eventi avversi.

- b)- le attività legate alla segnalazione volontaria degli errori, degli stessi eventi avversi e all'audit clinico sulla sicurezza siano del tutto volontari e confidenziali. Tali strumenti, in quanto funzionali all'interesse generale dei cittadini e della collettività, dovrebbero essere adoperati solo dai professionisti con l'impossibilità quindi di un loro utilizzo sia per l'adozione di provvedimenti 'punitivi', sia per un loro uso in corso di giudizio davanti all'Autorità Giudiziaria, ferme restando le responsabilità di ognuno in tutti gli ambiti (Civile, Penale, Amministrativo, Deontologico) e quanto altrimenti oggetto di denuncia obbligatoria.
- c)- le Regioni e le Province autonome, nell'ambito dei propri poteri debbano dotarsi di procedure e sistemi che consentano la rilevazione sistematica e registrazione degli errori, degli eventi sentinella e degli eventi avversi in ragione sia dello sviluppo delle proprie politiche della sicurezza sia da trasmettere al Centro Nazionale Sicurezza delle Cure, operante funzionalmente con il network degli altri organismi della qualità dei servizi sanitari e che preveda la partecipazione e cooperazione delle istituzioni professionali, con il coordinamento dell'A.S.S.R. Tale Centro promuove l'aggiornamento e la diffusione delle buone pratiche di prevenzione e gestione del rischio clinico, affianca e sostiene iniziative regionali e locali, sviluppa il confronto fra esperienze diverse, progetta obiettivi nazionali relativi alla sicurezza, avvia e supporta iniziative pubbliche presso i cittadini per la comunicazione sulle attività sanitarie poste in sicurezza.
- 4)- **Ridurre costi economici e sociali del contenzioso garantendo l'accessibilità a procedure di risarcimento eque, tempestive e trasparenti, del danno derivante da trattamento sanitario.**

Questo aspetto è parte costituita della questione prevenzione e gestione del rischio clinico e definisce il punto di maggiore criticità nei rapporti tra i professionisti, le istituzioni sanitarie ed i cittadini.

Il nostro sistema giuridico prevede infatti che il danno da trattamento sanitario è risarcibile solo se derivante da una colpa (individuale o di sistema), il che comporta una oggettiva esasperazione del procedimento all'individuazione della colpa arrivando al punto di "presumerla" salvo diversa dimostrazione in capo all'incolpato (inversione dell'onere della prova). Non compete mettere in discussione il principio giuridico ma solo rilevarne alcune conseguenze devastanti nello specifico dei trattamenti sanitari, dove il danno si può realizzare in ragione dei limiti stessi della Medicina, ovvero rappresentare una complicità non evitabile o altrimenti non riducibile.

Questa area grigia, questa "alea della responsabilità" va rapidamente estendendosi, minacciando il rapporto fiduciario tra professionisti, pazienti ed Istituzioni Sanitarie. Il timore di un contenzioso medico legale incoraggia tra i professionisti pratiche difensive caratterizzate dall'abuso di procedure inutili (e magari dannose!) e dall'elusione di quelle efficaci ma gravate da rischi ritenuti insopportabili. L'obiettivo di un risarcimento incoraggia invece un complesso universo di veri o presunti aventi diritto (pazienti e/o familiari di questi, studi legali e peritali) ad intraprendere azioni risarcitorie a fronte di qualunque evento o esito delle cure non previsto, magari accedendo a procedure penali, più rapide e meno costose, non pregiudicando l'eventuale successivo accesso a vie civili.

Le Istituzioni sanitarie hanno, fino a pochi anni fa, completamente delegato alle Compagnie Assicuratrici o ai Brokers, laddove presenti, la gestione dei contenziosi rinunciando di fatto ad ogni ruolo in materia, con le drammatiche conseguenze di dover ancor oggi, in molte situazioni, esercitare "in difesa" il ruolo di contraente di polizze sempre meno garantiste, e più impegnative dei bilanci. A fronte di questo scenario così variegato ed inquietante, la FNOMCeO ritiene indispensabile:

- a) - *una specifica disposizione legislativa che ponga a carico delle aziende sanitarie e degli Enti pubblici e privati accreditati operanti in conto e per conto del SSN, gli obblighi e gli oneri relativi alla tutela della responsabilità civile per danni alle persone derivanti da tutte le prestazioni sanitarie, comprese quelle erogate in regime di Convenzioni Nazionali e di quelle svolte in libera professione intramuraria. Resta invece in capo ai singoli professionisti l'onere della tutela della responsabilità per colpa grave e dolo e l'obbligo dell'intera tutela della responsabilità civile se liberi-professionisti.*
- b)- *la possibilità di provvedere a tali tutele mediante stipula di polizze assicurative o forme alternative o complementari aventi le stesse finalità e livelli di garanzia. Appare al riguardo utile individuare a livello locale (aziendale) soggetti e procedure di soluzione stragiudiziale del contenzioso, mettendo in campo tutte le attività di gestione del rischio, in ambito libero-professionale gli Ordini professionali rivestono invece un*

ruolo fondamentale nella composizione ed operatività delle Commissioni Conciliative;

- c)- prevedere tra gli strumenti anche la costituzione di un Fondo Nazionale Infortuni da Trattamento Sanitario attraverso la riserva di finanziamenti alle Regioni da portare in sottrazione agli oneri delle polizze assicurative; questo è abilitato ad indennizzare i soggetti colpiti da danni in cui sia dimostrato il nesso di causalità con una prestazione sanitaria e non necessariamente un profilo di colpa professionale.

A tale Fondo potrebbero accedere in forma indistinta le Commissioni di Conciliazione costituite a livello regionale secondo modalità e composizione che ne garantiscono la trasparenza, l'autorevolezza e la terzietà e supportate nelle valutazioni tecniche (sussistenza del nesso di causalità, quantificazione del danno etc.) da Collegi Arbitrali con esperti certificati dagli Ordini Professionali. Qualora venga accettato l'indennizzo, non deve essere consentito al paziente o i suoi familiari il ricorso all' autorità giudiziaria. Gli obiettivi sono:

- 1) - 'calmierare' il settore assicurativo invertendo il trend di crescita dei premi e dei risarcimenti,
- 2)- velocizzare i tempi di indennizzo col duplice scopo di tutelare i cittadini danneggiati e recuperare il rapporto di fiducia;
- 3)- ridurre il ricorso a cause civili e penali che spesso hanno come movente principale la legittima esigenza di vedere risarcito il danno;
- 4)- incentivare le Strutture Sanitarie a sviluppare tutto il sistema della sicurezza posto che l'accesso al suddetto Fondo è vincolato all'assolvimento di tutte le norme e le attività di Prevenzione e Gestione del Rischio Clinico.

5)- I diversi profili di responsabilità del medico: l'illecito, le attività peritali, la qualità professionale, il ruolo degli Ordini

Le iniziative giudiziarie, anche quelle che formalmente esercitano una funzione di tutela quali gli avvisi di garanzia, spesso enfatizzate dalla cronaca mediatica, impattano in modo devastante la percezione che i professionisti avvertono del loro ruolo sociale e professionale. Da più parti viene rilevato come la responsabilità medica e sanitaria in caso di eventi avversi, salvo casi sporadici, largamente prescinda dalla colpa o quantomeno ne esaspera la ricerca in corso di procedimento penale a meri fini risarcitori.

A tale riguardo la FNOMCeO ritiene che:

- a)- la prospettata riforma del Codice Penale o un intervento legislativo specifico debba prevedere modifiche dell'ordinamento idonee a circoscrivere la responsabilità professionale sanitaria in ambito

esclusivamente indennitario, escludendone quindi la configurazione di illecito nell'ipotesi di colpa, fatta salva quella derivante dalla violazione di norme peculiari.

Cresce altresì il disagio per un contenzioso legale che si fonda su perizie commissionate dalle parti, ovvero atti professionali, che talora non rispettano soddisfacenti standards di qualità tecnico professionale. Questi fenomeni negativi vanno contrastati e la FNOMCeO richiede che:

b)- in corso di accertamento peritale da parte delle Autorità aventi diritto, si faccia ricorso a professionisti con acclarata competenza ed esperienza professionale (curriculum e anzianità professionale) e che questi, laddove la complessità della materia lo richiede, debbano comunque avvalersi di esperti Consulenti Clinici competenti per lo specifico settore oggetto di perizia con analoga esperienza. A tale scopo si ritiene utile la istituzione di apposito Elenco dei periti certificati dagli Ordini professionali cui dovrebbero afferire coloro che lo richiedono e ne hanno titolo e al quale le Autorità potrebbero attingere per le loro esigenze, ovviamente fermo restandoli vincolo costituzionale della assoluta discrezionalità e libertà del Giudice

La proposta di sganciare il giusto ristoro del danno dalla definizione di una colpa, non intende sollevare i professionisti dalle loro responsabilità ma piuttosto si propone di configurare quegli ambiti tecnico-professionali, deontologici sui quali è possibile intervenire con azioni di correzione e miglioramento delle basse performances. La FNOMCeO propone dunque di:

c)- progettare ed introdurre in settori specifici progressivamente più numerosi, accanto ai sistemi vigenti di valutazione delle attività e dei professionisti, meccanismi di valutazione della proficiency del personale sanitario, prevedendo percorsi di riqualificazione in caso di basse performances rispetto ad indicatori predefiniti. In questo contesto assume un forte rilievo il ruolo degli Ordini quali tutori e promotori della qualità professionale prevista dalla Deontologia; questi potrebbero a pieno titolo sanzionare le basse performances anche attivando misure compensative e di recupero (ad esempio obbligo di documentare aggiornamenti specifici o svolgere attività con tutoraggio di esperti).

L'esperienza consolidata ci dice che molto spesso alla base di un contenzioso o del fallimento della gestione di un evento avverso c'è una pessima comunicazione del/i professionista/i e della struttura. Per tali ragioni la FNOMCeO ritiene che:

d)- vada favorita la formazione dei professionisti nella comunicazione con i pazienti (e i parenti) che hanno subito un danno per mantenere il rapporto

MOZIONE D'ORDINE
APPROVATA DAL CONSIGLIO NAZIONALE
Cagliari, 21 aprile 2007.

Il Consiglio Nazionale delle FNOMCeO riunito a Cagliari il 21 aprile 2007;

CONSIDERATA l'ipotizzata istituzione degli ulteriori profili di professioni sanitarie dell'odontotecnico, dell'ottico e del chiropratico che prevedono una formazione triennale a livello universitario;

VISTE le numerose note trasmesse alle competenti Autorità dalla FNOMCeO sia per quanto riguarda la professione medica sia per quanto concerne la professione odontoiatrica concernenti pareri nettamente negativi in riferimento a nuovi profili che tendono ad attribuire competenze ambigue rispetto all'ambito professionale proprio degli Iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e a quello degli Odontoiatri;

CONSIDERATO che la Federazione è da sempre preoccupata di garantire la tutela della salute anche per quanto concerne forme di abusivismo e prestanomismo che ancora nel nostro Paese proliferano in assenza di efficaci misure preventive e repressive;

PRESO ATTO dell'intervento del Presidente della FNOMCeO che, in occasione dell'ultima riunione del Comitato Centrale svoltasi a Catanzaro il 23 marzo 2007, ha assunto l'impegno di rappresentare la posizione negativa della Federazione anche nell'ambito del Consiglio Superiore di Sanità di cui è componente insieme al Dr. Guido Marinoni;

RILEVATO che ancora una volta vengono sottovaluti i pericoli concernenti l'istituzione indiscriminata e ingiustificata di nuovi operatori che non recano certamente alcun miglioramento agli attuali livelli assistenziali contribuendo invece a provocare pericolose sovrapposizioni di competenze;

INVITA

tutte le competenti Autorità e in particolare il Comitato Centrale della FNOMCeO ad attivarsi per impedire la istituzione di ulteriori profili delle professioni sanitarie;

INVITA ALTRESÌ

il Comitato Centrale della FNOMCeO, a portare all'attenzione del Consiglio Superiore di Sanità la posizione assolutamente negativa della Federazione più volte ufficialmente formalizzata presso le competenti Autorità con note ufficiali e ampia documentazione.

di fiducia tra i cittadini ed il servizio sanitario e per tentare di diminuire il contenzioso o facilitare soluzioni stragiudiziali.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO dà quindi mandato al Comitato Centrale di:

- 1)- attivare in tutte le sedi istituzionali iniziative idonee al conseguimento di tali obiettivi,*
- 2)- promuovere, su queste proposte, un vasto fronte di consenso nell'ambito delle rappresentanze mediche ed odontoiatriche e di tutte le professioni sanitarie configurate in Ordini, Collegi ed Associazioni riconosciute,*
- 3)- proporre alla Federazione Nazionale della Stampa, una iniziativa pubblica finalizzata alla condivisione di regole comuni nella informazione e comunicazione degli eventi avversi,*
- 4)- Promuovere un Forum Nazionale permanente di Audit Civico con le organizzazioni di tutela dei pazienti sui temi della sicurezza delle cure.*