



La sottoscritta Oliverio Francesca

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009,

dichiara

che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto rapporti diretti di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:



INCIDENT REPORTING AUDIT CLINICO

LA GESTIONE DELL'ERRORE NELLA PRATICA CLINICA

Catanzaro Lido 04/11/2016

Inf. Francesca Oliverio

Perché occuparsi degli **errori** in ambito sanitario?



Quali sono gli **attori coinvolti**?

E ... quale specifico **ruolo** hanno i sanitari nella gestione dell'errore?



Obiettivi

- Sensibilizzare ad una cultura "apprendere dall'errore"
- Illustrare sinteticamente i *principi, i metodi e gli strumenti* per lo sviluppo e l'implementazione di sistemi per la gestione del rischio clinico - con particolare riferimento all' INCIDENT REPORTING e analisi del rischio

Il contesto



Criticità

gestione del rischio

Rischio per
l'operatore

Rischio per
l'utente

Rischio per
la collettività





Perché parlarne

Orientamento e attese degli stakeholders

Qualità dell'assistenza

La frequenza con cui si **compiono** interventi sanitari di dimostrata **efficacia** (più utili che dannosi) e con cui si **evitano** interventi più dannosi che utili.

(Sackett, 1980)



Perché parlarne: dimensione del fenomeno

- Aumento casi di reale o presunta malpractice

- ↳ Crisi di assicurabilità

- ↳ Fallimento approcci tradizionali

Necessità di trovare nuove soluzioni



ALCUNI DATI

- In Italia risulterebbero 12.000 cause per presunto errore medico (Assinews, 1999)
- Letteratura internazionale, pur non disponendo di meta analisi (*disegni e metodi indagine diversi*) evidenzia che:
 - Gli eventi avversi (EA) variano dal 3,7% al 10,8%
 - Eventi avversi prevedibili varia tra il 35% e il 58% sul totali degli EA
 - La mortalità varia dal 4,9% al 15%

(Leape et al., 1991; Wilson et al., 1995; Kohn et al., 1999; Davis et al., 2001; Vincent et al., 2001)



Perché parlarne

L'errore

- in parte è *prevenibile*
- la rischiosità è proporzionale alla complessità dei sistemi sanitari

L'errore

Nella maggior parte dei casi è:

- multicausale
- il risultato di una interazione tra difetti tecnologici, procedurali, organizzativi, sociali e culturali

È inoltre:

- INVOLONTARIO
- inevitabile, “atteso”

(Reason J., 1990)



Perché parlarne

Sbagliando **s'impara**, quindi, se si commette un errore

... E' meglio analizzarlo per prevenirne di
ulteriori, anticipando futuri **eventi avversi!**

Erano stati riscontrati 359 errori in anestesia nel
Massachusetts General Hospital, il tipo più comune riguardava
il sistema di respirazione, i fattori ad esso correlati erano:
**l'inesperienza, la scarsa familiarità con le apparecchiature,
la scarsa comunicazione, la fretta, la disattenzione, la
stanchezza.**

(Cooper, 1978)

Il 10,8% dei ricoveri negli ospedali britannici hanno comportato
un evento avverso con danno all'assistito.

Il 50% di questi eventi avversi sono risultati prevedibili.

(Vincent, 2001)

Evoluzione approccio errore

Ieri

- Errare NON è ammissibile
- Ricerca responsabilità professionali (colpa)
- Atteggiamento difensivo dei sanitari
- Controllo e gestione dei contenziosi

Oggi

- Errare è umano
- Analisi degli errori professionali
- Atteggiamento propositivo di **presa d'atto** del problema
- Health and clinical risk management



Incident Reporting

- **Metodica standardizzata di segnalazione spontanea di eventi indesiderati, finalizzata alla rilevazione di criticità del sistema o delle procedure**

Incident Reporting

Adverse events	Eventi che causano: morte, malattia, menomazione, disabilità, sofferenza transitoria	Es.: reazione anafilattica a un farmaco
No harm events	Procedura potenzialmente lesiva, ma che non ha causato un danno	Es.: somministrazione di cefalosporina a paziente allergico alla penicillina, senza alcuna conseguenza
Near misses	Procedura potenzialmente lesiva, interrotta prima che si concretizzi il danno	Es.: rilevazione di un errore di prescrizione, prima della somministrazione di un farmaco

La Scheda INCIDENT REPORTING (prima parte)

elementi anagrafici




dove, quando, a chi
è occorso l'evento

Elementi oggettivi
descrittivi



Descrizione
classificazione
evento, fattori
contribuenti

Azienda USL/AOSP Area specialistica ANESTESIA		Gestione del rischio clinico SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI		 AGENZIA SANITARIA REGIONALE	
Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore		Azienda		Presidio	
Nome e Cognome dell'operatore segnalatore (facoltativo):		Qualifica operatore segnalatore		<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Medico in formazione/specializzando <input type="checkbox"/> Infermiere/caposala <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
Dati relativi al paziente		Nome e Cognome del paziente (facoltativo)		Anno di nascita/Età	
N° scheda nosologica/cartella clinica		Classificazione ASA		ASA 1 <input type="checkbox"/> ASA 2 <input type="checkbox"/> ASA 3 <input type="checkbox"/> ASA 4 <input type="checkbox"/> ASA 5 <input type="checkbox"/>	
Tipo di prestazione		<input type="checkbox"/> Prestazione chirurgico ambulatoriale <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico in elezione day surgery		<input type="checkbox"/> Intervento chirurg in elezione ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Intervento chir. in urgenza <input type="checkbox"/> ALP ricovero ordinario	
Tipologia intervento chirurgico (specificare specialità):		Tipo di anestesia		<input type="checkbox"/> Generale <input type="checkbox"/> Loco-regionale <input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Generale + locoregionale <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
Fase di anestesia		<input type="checkbox"/> Preparazione <input type="checkbox"/> Induzione <input type="checkbox"/> Mantenimento <input type="checkbox"/> Risveglio <input type="checkbox"/> Post-operatorio		Circostanze dell'evento	
Luogo in cui si è verificato l'evento: <input type="checkbox"/> sala induzione <input type="checkbox"/> sala operatoria <input type="checkbox"/> sala risveglio <input type="checkbox"/> TI		Data (gg/mm/aa) _____ e ora _____ in cui si è verificato l'evento.		Descrizione dell'evento. Si prega di descrivere in dettaglio cosa è successo.	
Tipo di evento (classificare l'evento indicando una delle tipologie proposte)					
<input type="checkbox"/> Ritardo di procedura diagnostica		<input type="checkbox"/> Mancata procedura diagnostica		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura diagnostica	
<input type="checkbox"/> Ritardo di procedura anestesiológica		<input type="checkbox"/> Mancata procedura anestesiológica		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura anestesiológica	
<input type="checkbox"/> Ritardo di procedura chirurgica		<input type="checkbox"/> Mancata procedura chirurgica		<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura chirurgica	
<input type="checkbox"/> Ritardo di prescr./somm. farmaco		<input type="checkbox"/> Mancata prescr./somm. farmaco		<input type="checkbox"/> Inadeguata prescr./somm. di farmaco	
<input type="checkbox"/> Ritardo di prestaz. assistenziale		<input type="checkbox"/> Mancata prestaz. assistenziale		<input type="checkbox"/> Inadeguata prestaz. assistenziale	
<input type="checkbox"/> Infezione		<input type="checkbox"/> Caduta		<input type="checkbox"/> Inesattezza di paziente/lato/sede	
<input type="checkbox"/> Malfunz./malposiz. di disposit/appar.		<input type="checkbox"/> Reazioni da farmaci		<input type="checkbox"/> Lesione da indumento postura/decubito	
<input type="checkbox"/> Evento collegato a somm. sangue		<input type="checkbox"/> Inadeg./mancata valutazione anest.		<input type="checkbox"/> Avulsione denti	
<input type="checkbox"/> Contaminazione di presidi med. chir		<input type="checkbox"/> Altro (specificare)			
Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)					
Fattori legati al paziente		Fattori legati al sistema			
Condizioni generali precarie <input type="checkbox"/>		Staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/>			
Non cosciente/scarsamente orientato <input type="checkbox"/>		Insufficiente addestramento/inserimento <input type="checkbox"/>			
Poca/mancata autonomia <input type="checkbox"/>		Gruppo nuovo/inesperto <input type="checkbox"/>			
Barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/>		Elevato turn-over <input type="checkbox"/>			
Mancata adesione al progetto terapeutico <input type="checkbox"/>		Scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/>			
Fattori legati al personale					
Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/>		Mancato coordinamento <input type="checkbox"/>			
Inadeguate conoscenze/inesperienza <input type="checkbox"/>		Protocollo/procedura inesistente/ambigua <input type="checkbox"/>			
Fatica/stress <input type="checkbox"/>		Insuccesso nel far rispettare protoc./procedure <input type="checkbox"/>			
Presca scorciatoia/regola non seguita <input type="checkbox"/>		Mancata/inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/>			
Mancata/inesatta lettura document/etichetta <input type="checkbox"/>		Mancanza/inadeguatezza attrezzatura <input type="checkbox"/>			
Mancata supervisione <input type="checkbox"/>		Mancata/inadeguata manutenzione attrezzat <input type="checkbox"/>			
Scarso lavoro di gruppo <input type="checkbox"/>		Mancanza/inadeguatezza mater. di consumo <input type="checkbox"/>			
Mancata verifica preventiva <input type="checkbox"/>		Ambiente inadeguato <input type="checkbox"/>			
Altri fattori (specificare): _____					
Fattori che possono aver ridotto l'esito: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce <input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo <input type="checkbox"/> Buona assistenza <input type="checkbox"/> Fortuna					
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____					
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini/prestazioni non pianificate? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Indagini di laboratorio <input type="checkbox"/>		Altre indagini <input type="checkbox"/>		Medicazioni <input type="checkbox"/>	
Indagini radiologiche <input type="checkbox"/>		Consulenza specialistica <input type="checkbox"/>		Ricovero ordinario <input type="checkbox"/>	
ECG <input type="checkbox"/>		Re-intervento chirurgico <input type="checkbox"/>		Trasferimento in altra UO <input type="checkbox"/>	
Altro <input type="checkbox"/>		Altro <input type="checkbox"/>		Altro <input type="checkbox"/>	
Come si poteva prevenire l'evento? (es.: verifica delle attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme, presenza di protocolli, ecc.). Specificare.					
L'evento è documentato in cartella? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Il paziente è stato informato dell'evento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

I dati contenuti nei campi colorati in grigio non saranno registrati nel database.

MODELLO PER LA SEGNALAZIONE EVENTO SENTINELLA

<p>Errore: si parla di errore quando l'esito di una azione (che può essere una singola prestazione o un procedimento più complesso) non ha raggiunto i risultati che ci si era prefissi.</p>	<p>Violazione: la violazione è la conseguenza del mancato rispetto delle procedure codificate per l'esecuzione a regola d'arte di un atto medico o chirurgico.</p>
<p>Incidente da cause organizzative: negli incidenti riconducibili a cause organizzative l'evento è il risultato della combinazione e dell'intreccio della azione dell'operatore e di condizioni latenti.</p>	<p>Quasi errore: Si tratta di situazioni ad elevato potenziale di rischio, che solo per ragioni fortuite o per l'intervento tempestivo di un operatore non hanno determinato come esito un errore, una violazione o un incidente.</p>

RischioSanità, 2003, 10, p. 29



UO / UUOO:

Data:

Ora:

Operatori coinvolti direttamente:

Operatori coinvolti indirettamente:

Pazienti coinvolti:

Descrizione dei fatti

Descrizione del percorso nell'ambito del quale si è verificato l'evento:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Cause presumibili dell'evento segnalato:

Ipotesi di interventi correttivi:

Altre osservazioni:

Esempi

SCHEMA SEGNALAZIONE EVENTO AVVERSO EVITATO*

(tratto da CIRS – Department Anaesthesia, University of Basel , CH e dalla check list elaborata da C. Vicent, S. Adam et all, Clinical risk Unit di London)

Evento avverso evitato si intende qualsiasi incidente verificatosi nel processo di cura che, se non si fosse intervenuti per tempo, avrebbe potuto portare ad un risultato indesiderabile

Unità operativa

Luogo incidente

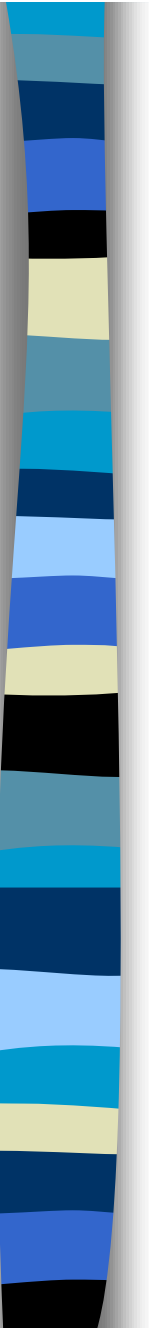
Giorno della settimana

Fascia
oraria

Età cliente

Sesso

Tipo di intervento/trattamento
programmato



Descrizione evento avverso evitato	
L'incidente avrebbe potuto avere conseguenze immediate o successive per la salute del paziente? Se sì, quali conseguenze?	
Cosa ha consentito di rendersi conto di quello che stava succedendo?	
Quali accorgimenti sono stati presi per correggere il possibile errore?	
Note	

<i>Ulteriori informazioni</i>			
Ambiente di lavoro	L'ambiente (rumori, temperatura,...) può aver influito sul verificarsi dell'incidente?	Sì	No
	Era disponibile una adeguata e affidabile informazione riguardo le attrezzature?	Sì	No
	Tutte le attrezzature usate funzionavano adeguatamente ed efficientemente?	Sì	No
	I supporti medici ed infermieristici erano sufficienti?	Sì	No
	Era presente un nuovo operatore con il quale non si aveva lavorato in precedenza?	Sì	No
	L'addestramento all'uso delle attrezzature era sufficiente rispetto a questa situazione?	Sì	No
	Si è perso tempo in questioni non cliniche?	Sì	No
	Si è subito un improvviso e inaspettato carico di lavoro?	Sì	No
	Si è dovuta dare priorità a più di un caso simultaneamente?	Sì	No
	Esistono procedure scritte per questo tipo di intervento? Si sono verificati ritardi nell'applicazione delle procedure previste?	Sì	No
Équipe	La comunicazione tra i membri dello staff è stata efficace?	Sì	No
	Ci sono problemi di linguaggio o culturali o malintesi tra lo staff, il paziente e i familiari?	Sì	No
	La cartella clinica era corredata di annotazioni in grado di allertare l'équipe sui fattori di rischio?	Sì	No
	Si è avuto supporto o una supervisione adeguata?	Sì	No



Incident Reporting

[ostacoli alla realizzazione]

- **Percezione della procedura:**
 - a) **riservatezza della segnalazione (?)**
 - b) **sanzioni disciplinari (?)**



Incident Reporting

a) Riservatezza

Il report non deve essere inserito nella cartella clinica o in documenti destinati all'utente

[**Garante Privacy, 3 settembre 1999: “Accesso ai documenti amministrativi - Rapporti tra l.n. 675/96 e l.n. 241/90”**]

b) Responsabilità

Deve essere garantita l'impunità dell'estensore

Errore come...

- Opportunità per il miglioramento della **qualità** e della **sicurezza** mediante
- ... la gestione del rischio!

Incident Reporting

- Se di fronte ad un inconveniente ci si domanda :

Chi è stato ?
(Si considera l'effetto)



se ci si chiede:
perché è successo?
(si considerano le cause)

Evento avverso



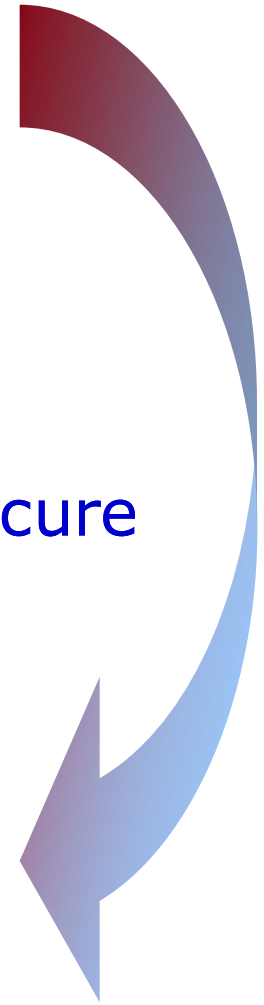
Demotivazione



Riduzione performance e qualità cure



Altri eventi avversi





Ministero della Salute
DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III
Protocollo per il
monitoraggio degli Eventi Sentinella



Tipologia di Errori

- ⇒ Comunicazione inefficace e vizio di consenso informato
- ⇒ Errore di diagnosi o trattamento
- ⇒ Errore trasfusionale
- ⇒ Errore di terapia (prescrizione - somministrazione,...)
- ⇒ Scambio paziente o intervento sul lato sbagliato
- ⇒ Mancata valutazione infermieristica dei rischi del paziente: allergie, cadute/lesioni, compromissione della deglutizione,...
- ⇒ Inadeguata o scorretta applicazione di:
 - ⇒ percorso clinico
 - ⇒ protocolli assistenziali (preparazione intervento chirurgico, prevenzione lesioni, infezioni ospedaliere,...)
 - ⇒ ...



Tipologia di Errori

⇒ Inadeguata applicazione:

⇒ procedure funzionamento strumenti/presidi, preparazione kit intervento chirurgico, controlli scadenze, procedure detersione e sterilizzazione materiale...

⇒ gestione e controllo funzionamento strumenti/presidi (autoclave, monitor defibrillatore, bisturi elettrico, carrello urgenze, armadio farmaci....)

⇒ Mancata definizione delle modalità di **gestione della documentazione infermieristica/clinica**

⇒ Assenza **procedure per il riconoscimento pazienti**

⇒ Assenza **piani inserimento neo assunto, mobilità, monitoraggio orario di lavoro ...**

⇒ Assenza di **piani formazione**

⇒ Non definizione **procedure trasferimento/dimissione**

⇒ ...

Classificazione

- Inesattezza/inadeguatezza (*deviazioni rispetto all'adeguata esecuzione di una procedura*)
- Omissione (*mancata esecuzione di un trattamento previsto o comunque necessario*)
- Ritardo (*di procedura o intervento rispetto ai tempi previsti*)

(*Dossier 86-2003, ASR Emilia Romagna*)

Finalità di un sistema di *risk management*:

- non minimizzare particolari errori e violazioni
 - ⇒ ma aumentare le performance umane a tutti i livelli

(*Vincent, 1995*)

La funzione di *risk management* fornisce:

- una risposta organizzata ed integrata in tema di qualità e sicurezza
- *attività continua e coordinata di identificazione degli errori e dei rischi di errore*
- *prevenzione degli errori* e dei danni da eventi avversi



clinical risk management

“gli obiettivi di un programma sono:

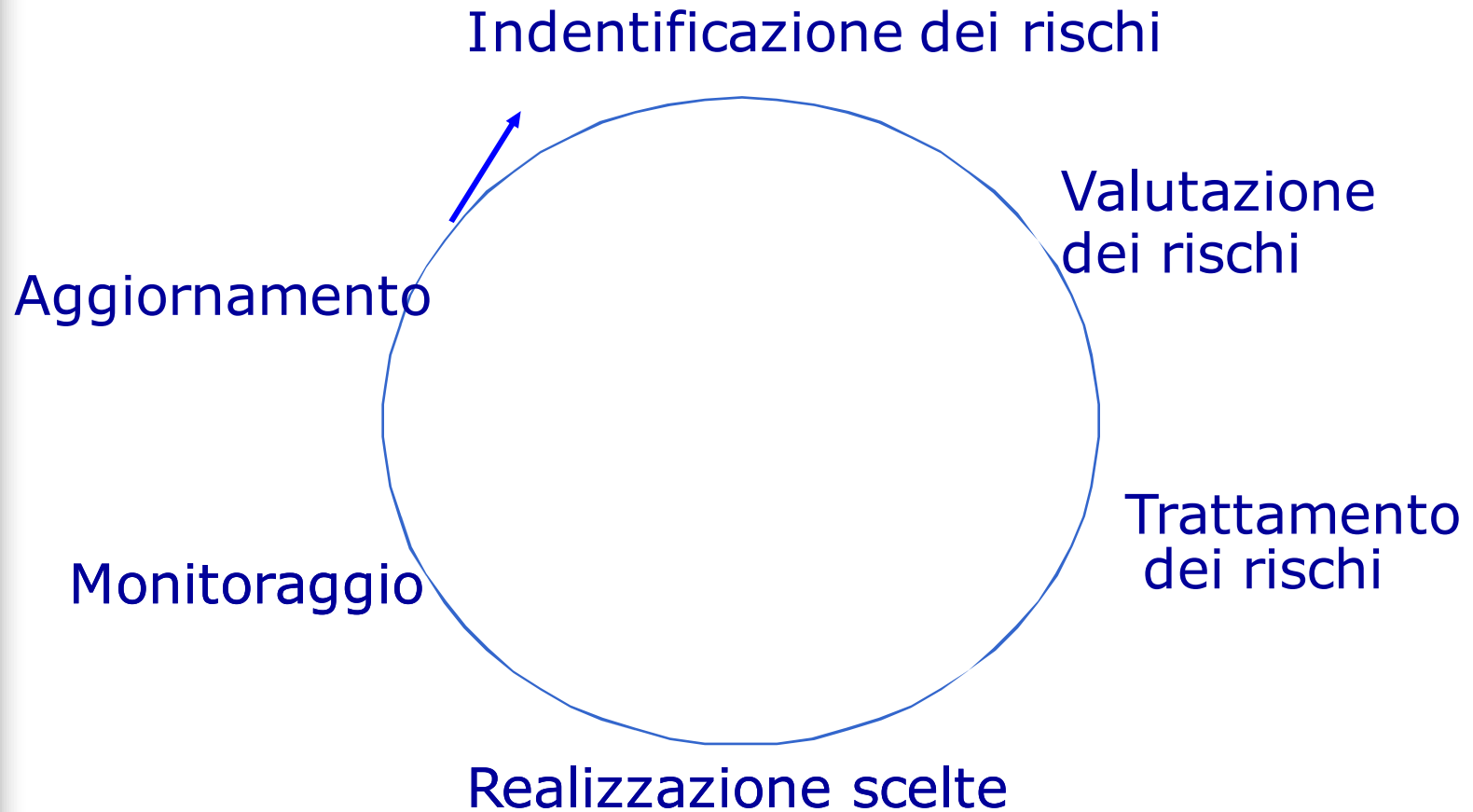
- riduzione del verificarsi degli eventi avversi prevenibili,
- diminuzione della probabilità che siano intraprese azioni legali da parte dei pazienti,
- contenere le conseguenze economiche delle azioni legali,
- minimizzare il danno causato dall'evento avverso”

(Vincent, 1995)

Principi del *risk management*:

- le persone non intendono commettere errori
- i precursori psicologici dell'errore sono probabilmente l'ultimo e il meno gestibile anello della catena di eventi che portano all'errore
- gli incidenti dipendono da molti fattori:
 - ⇒ personali
 - ⇒ collegati al compito
 - ⇒ situazionali
 - ⇒ organizzativi
- le contromisure possono creare un senso di sicurezza
- l'automazione non "cura" i problemi legati al fattore umano, cambia semplicemente la sua natura

Processo di risk management



**F
O
R
M
A
Z
I
O
N
E**

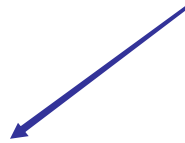
Strumenti

- **Audit documentazione sanitaria:**
 - ricerca degli indizi (uso di antidoti, segnalazioni cliniche, alterazioni bioumorali,...)
 - Review documentazione cliniche (randomizzazione mediante indicatori e livelli soglia)
- **Analisi dei dati amministrativi e informativi:**
 - SDO, denunce obbligatorie e volontarie, revisioni dei reclami, rilevazioni ISTAT, segnalazione di guasti apparecchiature elettromedicali, analisi contenziosi, ...
- *Incident reporting*
- *Root Cause Analysis*

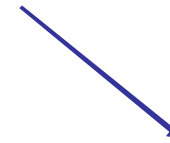


I Fase del processo: l'analisi reattiva

Clinical Incidents Report



Riduce i danni ai
pazienti e allo staff



Raccolta dati e trend delle tipologie
di problemi/errori o quasi errori

Clinical incidents protocol - Vincent, 2001

1. L'analisi si focalizza principalmente sull'**organizzazione**
2. Utilizza uno strumento/lista che raccoglie **dati completi**, esaustivi di eventi avversi evitati:
 - **Cosa e quando** è successo
 - **Come** è avvenuto
 - **Perché** è avvenuto, quali fattori l'hanno determinato
3. Richiede la **formazione di chi utilizza** lo strumento
4. Fornisce **spiegazioni** sul perché qualcosa è andato "storto"

Ma anche i **risultati positivi**, così le organizzazioni possono apprendere dalle buone pratiche



Strumenti: principi e caratteristiche

Clinical incidents protocol - Vincent, 2001

1. Non è punitivo
2. E' tempestivo
3. Confidenziale
4. Indipendente
5. Volontario



L'AUDIT CONSENTE:

- Garantire che i pazienti ricevano le miglior cure possibili
- Migliorare la pratica clinica
- Migliorare il lavoro multidisciplinare
- Favorire l'ottimizzazione delle risorse disponibili



Fasi principali dell'AUDIT:

Le fasi dell'audit sono cinque:

- Preparazione dell'audit
- Realizzazione dell'audit
- Stesura e distribuzione dell'alert report
- Analisi degli alert report
- Monitoraggio azioni di miglioramento

Preparazione dell'audit.

- Il facilitatore ricostruisce la sequenza principale ed i fatti relativi all'evento preso in considerazione attraverso:
 - la revisione della documentazione disponibile
 - il colloquio diretto con le persone coinvolte
 - il reperimento di informazioni relative a quella tipologia di evento disponibili in letteratura o in documenti organizzativi (standard, linee-guida, protocolli, ecc.)
- Dopo aver predisposto una scheda raccolta dati, convoca tutti gli operatori coinvolti nell'evento.
- L'ipotesi di ricostruzione dell'evento e il materiale di letteratura raccolto saranno condivisi in fase di realizzazione dell'audit. Inoltre il facilitatore si preoccupa di instaurare un clima di collaborazione che favorisca la buona riuscita dell'audit, parlando con ciascun partecipante, convocandoli alla riunione e chiarendo loro intenti dell'incontro ed aspettative rispetto al ruolo di ciascuno. La preparazione è fondamentale per il successo delle fasi successive.

Caratteristiche minime incontro AUDIT da rilevare:

- Luogo, data, ora e presenze.
- Rilevare se sono presenti tutte le professionalita' coinvolte nel processo (il numero massimo di persone presenti non dovrebbe superare le 7-8 persone).
- Richiamare il topic che ha determinato la criticita'.
- Compiere l'analisi di processo identificando i criteri, gli indicatori e gli standard e confrontandoli con i nostri esiti.
- Considerazioni sui nostri esiti rispetto all'atteso:
 - e' quello che ci aspettavamo?
 - dobbiamo fare subito qualcosa?
 - i nostri risultati possono essere utili ad altri?
- Identificare il percorso di miglioramento con tempi di realizzazione e di verifica (ivi compresa la conseguente realizzazione di un audit strutturato).
- Il tempo complessivo dedicato non dovrebbe superare l'ora e mezza.





Realizzazione dell'audit



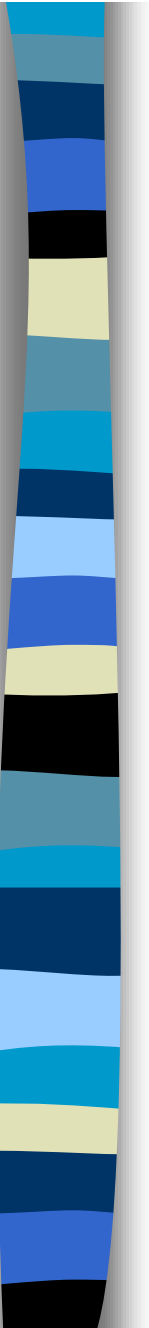
- **Il ruolo del facilitatore** come moderatore della discussione è fondamentale. Il facilitatore conduce la discussione secondo la tecnica del brainstorming, mantenendo sempre l'attenzione sugli obiettivi dell'incontro al fine di sintonizzare gli interventi sull'approccio basato sull'apprendimento dall'errore e non sulla ricerca delle responsabilità individuali. Inoltre, si impegna affinché ciascuna persona coinvolta partecipi attivamente alla discussione.
In casi particolarmente significativi o delicati è possibile considerare la possibilità di invitare a partecipare all'audit una figura esperta dell'argomento in questione, proveniente da un altro presidio o struttura.
- Gli attori coinvolti in tale fase sono il facilitatore, gli operatori coinvolti nell'evento, esperti del sistema del tema in questione.

Stesura e distribuzione dell'alert report

- Come prodotto finale dell'audit, il facilitatore redige un alert report che riassume i contenuti principali del processo e contiene:
 - descrizione dell'evento segnalato
 - criticità rilevate e relativa analisi
 - ipotesi di miglioramento e relativo ordine di priorità
 - riferimenti bibliografici relativi alla tipologia di evento considerato

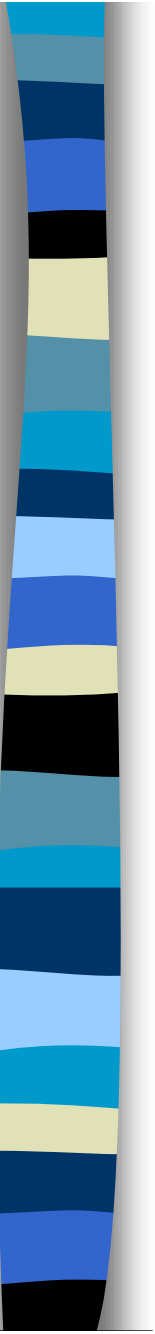


- Dopo la prima stesura, il facilitatore diffonde il report ai partecipanti e ad altri soggetti eventualmente interessati alla verifica del caso in questione. Raccoglie ed integra i commenti dei partecipanti al report finale.



”Nella mia città ci sono due videonoleggi – Blockbuster e West Coast Video. Ho noleggiato Pleasantville da Blockbuster e l’ho restituito a West Coast Video la sera successiva. Di solito non faccio questo errore, solo qualche volta. Quando riguarda delle videocassette è un inconveniente, quando riguarda la Vincristina è letale. Eppure è lo stesso errore.”

Berwick (BMJ 2001)



Grazie per l'attenzione

Bibliografia

<http://www.ministerosalute.it/programmazione/qualita/qualita.jsp>

AAVV., L'esperienza di gestione dell'errore nella pratica assistenziale di un presidio ospedaliero. Parte I, Rischio Sanità, 2003 (10): 21-29

AAVV., L'esperienza di gestione dell'errore nella pratica assistenziale di un presidio ospedaliero. Parte II, Rischio Sanità, 2003 (11): 18-22

A.A V.V. La metodologia FMCA, prima parte. Rischio Sanità, 2002; 7:12-23

A.A.V.V. La metodologia FMCA, seconda parte. Rischio Sanità, 2003; 8:23-28

Arcidiacono G., Gardiman P., Tommasini C., La cartella infermieristica perioperatoria: standard e pratiche raccomandate. L'esempio dell'associazione delle infermiere americane di sala operatoria. Rischio Sanità, 2001 (3): 37-39

Gallagher C., When Once is Enough. Nursing Times, 2002; 98 (17), 38: 22-25

Goldspiel BR, DeChristoforo R, Daniels CE. A continuous-improvement approach for reducing the number of chemotherapy-related medication errors. Am J Health Syst Pharm, 2000, Dec 15;57 (Suppl 4):S4-9.

R. Gregis, L. Marazzi , *Il Risk Management nelle Aziende Sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 2003

Bibliografia

Mastrogiovanni P., Marzolini L., Cinque B. Programma di gestione del rischio nell'ASL RM/b. QA, 2001; 13 (3): 24-37

Meini L., Nursing esperienze sul campo. Rischio Sanità, 2001; 3:34 - 37

M. Plebani, T. Trenti, *Praticare il governo clinico: qualità, efficacia e professionalità in Medicina*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2002

J. Reason, *Human Error*, Cambridge University Press, 1990/Errare è umano, Il Mulino Bologna (traduzione)

Stamatis, D.H.. Failure Mode and Effect Analysis: FMEA from Theory to Execution. ASQ Quality Press, Milwaukee WI, 1995.

Tomassini R. C., Tartaglia R., Abrami V. La prevenzione degli errori umani: un innovativo metodo di analisi. Sicurezza del lavoro (Suppl.) Ambiente&Sicurezza Il sole 24 Ore, 2002; 2: 30-37

Tommasini C., Marchetti E., Risk Management: la gestione del disservizio. Rischio Sanità, 2003 (11): 23-25

Tommasini C. La responsabilità dell'infermiere. Rischio Sanità, 2001; 1:29-31

Tommasini C. La documentazione sanitaria. Rischio Sanità, 2001; 2:28-30

C. Vincent, *Clinical Risk Management – Enhancing Patient Safety*, London, BMJ, 2001, II ed.

Vizio M. Studio prospettico degli infortuni accaduti ai pazienti durante il ricovero ospedaliero dal 1° gennaio 1999 al 31 dicembre 2000. A.A.V.V. La metodologia FMCA, prima parte. Rischio Sanità, 2002; 7:12-23