



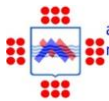
**STRUTTURA INTERAZIENDALE COMPLESSA
REGIONALE DI MEDICINA LEGALE
Direttore Prof. Aldo DI FAZIO**

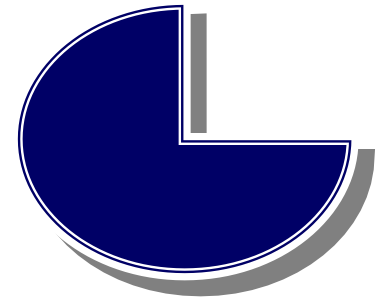


LEZIONE

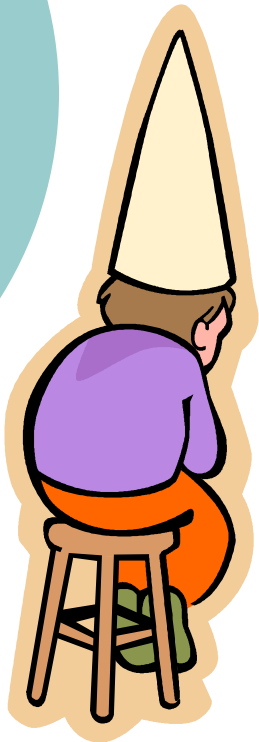
Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico

**PROF. ALDO DI FAZIO
DOCENTE A CONTRATTO
DIRETTORE SIC REGIONALE DI MEDICINA LEGALE**





Lo studio degli errori in Sanità



Aldo Di Fazio - U.G.R. ASM -
Matera

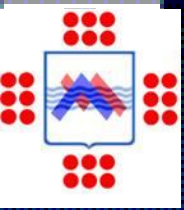
Il Sistema Sanitario

Sistema sanitario =>

Sistema Complesso per funzioni

Connotabile come:

1. Sistema Integrato
2. Sistema che richiede procedure di sicurezza
3. Sistema che richiede una preliminare valutazione del rischio
4. Sistema che deve evidenziare o "slatentizzare" le "insufficienze latenti"



Il modello del "Formaggio Svizzero"

BUCHI=
ERRORI ATTIVI/VIOLAZIONI

RISCHI



INCIDENTE

BUCHI=
ERRORI LATENTI
Fattori patogeni residenti)

Approccio sistemico all'errore

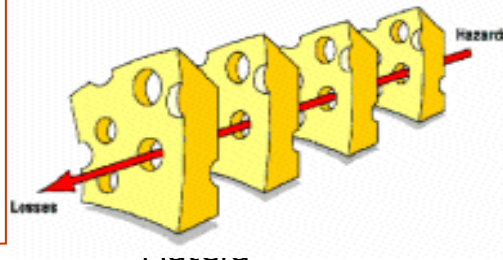
Gli errori sono conseguenze dell'agire organizzato e non causa del fallimento del sistema. (Reason 1990)

Errori latenti: “patogeni” che rimangono latenti all'interno dell'organismo, incapaci di per sé di causare una sintomatologia conclamata, ma che in connessione con altri fattori eziologici ed in condizioni facilitanti possono dare origine ad un evento patologico (errori di progettazione, di manutenzione, errori gestionali, mancata motivazione del personale...)

Errori attivi: fattori scatenanti dell'incidente

Difese: barriere che un'organizzazione può mettere in atto per impedire il verificarsi degli incidenti.

la “traiettoria
delle
opportunità”



ERRORE ATTIVO vs E. LATENTE

Identificazione dell'Errore

1. Errore attivo

ben identificabile e “prossimo all’evento” in senso spazio-temporale, spesso riconducibile al singolo operatore o a deficit incidentale strumentale improvviso (es: farmaco di nome simile etc.)

2. Errore latente

ben definibile dai termini “insufficienze di sistema di tipo organizzativo-gestionale” che determinano un Errore attivo (es: errata trascrizione della terapia)

ERRORE ATTIVO vs E. LATENTE

CONSIDERAZIONI:

- L'errore attivo ➡ è facilmente rilevabile
- L'errore latente ➡ è subdolo

innumerevoli le "falle di sistema" :

1. Successione di errori
2. Conseguenza di errori (errori secondari)
3. Disorientamento nell'analisi di errori secondari che mascherano gli eventi
4. Mancanza di riscontro dell'errore primitivo ("*primum movens*")



**A tal fine un importante
passo diventa la
identificazione dei fattori di
rischio che facilmente
possono portare all'errore
attivo**



Passaggio da una prospettiva
solo **reattiva**



ad una **PROATTIVA**
non aspettare l'errore
ma evitare che esso si verifichi



La fase successiva sarà non "evitare l'errore"
ma valorizzare ed utilizzare le "pratiche di successo"



Andare oltre le umane capacità di far fronte all'imprevisto



Resilienza Organizzativa: è la struttura in sé che è modellata
per rispondere in maniera strutturata all'imprevedibile

L'UNICO ERRORE CHE FACCIO
E' CHE CERTE VOLTE CREDO
DI SBAGLIARE !





Introduzione al Clinical Risk Management

Aldo Di Fazio - U.G.R. ASM -
Matera

LA DEFINIZIONE DEL RISK MANAGEMENT

Possibilità che un paziente subisca un danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

Libertà dei pazienti da danni non necessari o danni potenziali associati alle cure sanitarie





COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE

Bruxelles, 20.1.2009
COM(2008) 837 definitivo/2

2009/0003 (CNS)

Corrigendum
Annule et remplace le COM(2008)837 du 15.12.2008
Concerne toutes les versions linguistiques (pp. 1 et 2).

Proposta di

RACCOMANDAZIONE DEL CONSIGLIO

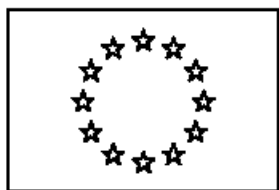
**sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e la lotta contro le infezioni
nosocomiali**

Aldo Di Fazio - U.G.R. ASM -
Matera

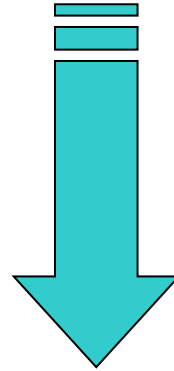
ALLEGATO 1

DEFINIZIONI

Evento sfavorevole	Incidente con conseguenze negative per un paziente, implicanti una disabilità fisica strutturale o funzionale, e/o qualsiasi effetto negativo che ne deriva.
Agenti antimicrobici	Sostanze prodotte sinteticamente o naturalmente da batteri, funghi o piante, impiegate per sopprimere o inibire la crescita di microrganismi, tra i quali batteri, virus e funghi, e di parassiti, in particolare protozoi.
Infezione nosocomiale	Le infezioni nosocomiali sono affezioni o patologie (malattia, infiammazione) correlate alla presenza di un agente infettivo o dei suoi prodotti in conseguenza all'esposizione a strutture o procedure sanitarie.
Istituzione sanitaria	Un'istituzione in cui personale sanitario presta cure secondarie o cure specialistiche.
Operatore sanitario	Un professionista iscritto presso l'autorità competente di uno Stato membro e il cui lavoro preveda la fornitura di servizi sanitari.
Personale sanitario	Tutto il personale addetto alla fornitura diretta di cure sanitarie.
Personale di collegamento addetto alla lotta contro le infezioni	Personale sanitario che lavora in servizi/dipartimenti clinici e funge da collegamento tra i propri servizi/dipartimenti e l'equipe di prevenzione e lotta contro le infezioni. Personale di collegamento addetto alla lotta contro le infezioni che contribuisce alla prevenzione e alla lotta contro le infezioni presso i propri servizi/dipartimenti clinici e fornisce feedback all'equipe di prevenzione e lotta contro le infezioni.
Piano sanitario per il paziente	Documento che indirizza la fornitura di cure infermieristiche o multidisciplinari.
Sicurezza dei pazienti	Libertà dei pazienti da danni non necessari o danni potenziali associati alle cure sanitarie.
Cure primarie	Cure fornite da operatori sanitari insediati in una comunità che fungono da primo punto di consultazione per i pazienti.
Indicatore di processo	Indicatore riferito alla conformità con attività previste (igiene delle mani, sorveglianza, procedure operative standard, ecc.).
Programma	Un ampio quadro di obiettivi da raggiungere, che funge da base per definire e pianificare progetti specifici.
Cure secondarie	Cure specialistiche fornite da operatori sanitari specializzati che di norma non rappresentano il primo punto di contatto per i pazienti.
Indicatore strutturale	Indicatore riferito a risorse quali il personale, l'infrastruttura, i comitati, ecc.



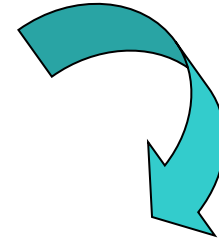
Nuovo approccio alla gestione del rischio



risk management

LA DEFINIZIONE DEL RISK MANAGEMENT

Guida ISO/IEC 73/2001



**insieme di attività
coordinate per gestire
un'organizzazione con
riferimento ai rischi**

RISK MANAGEMENT

Risk Identification



Risk Analysis

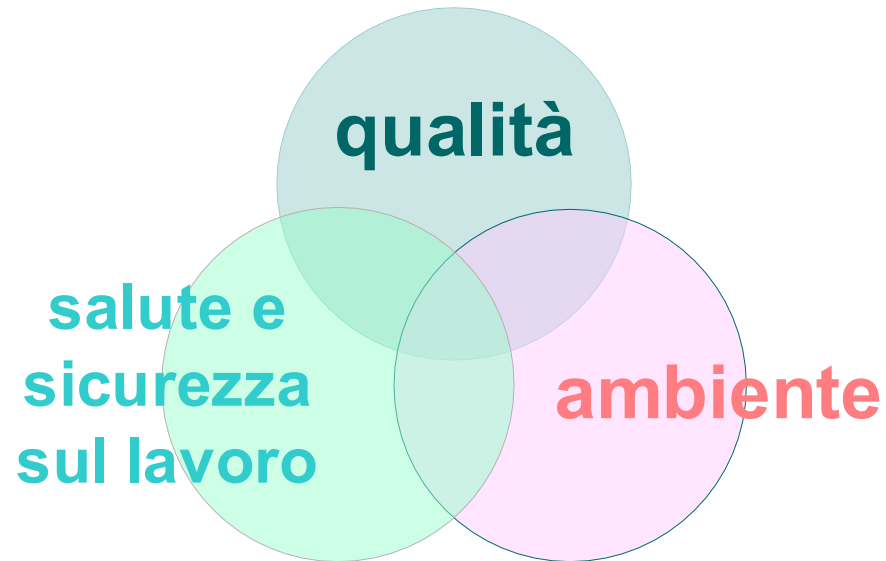


Risk Control

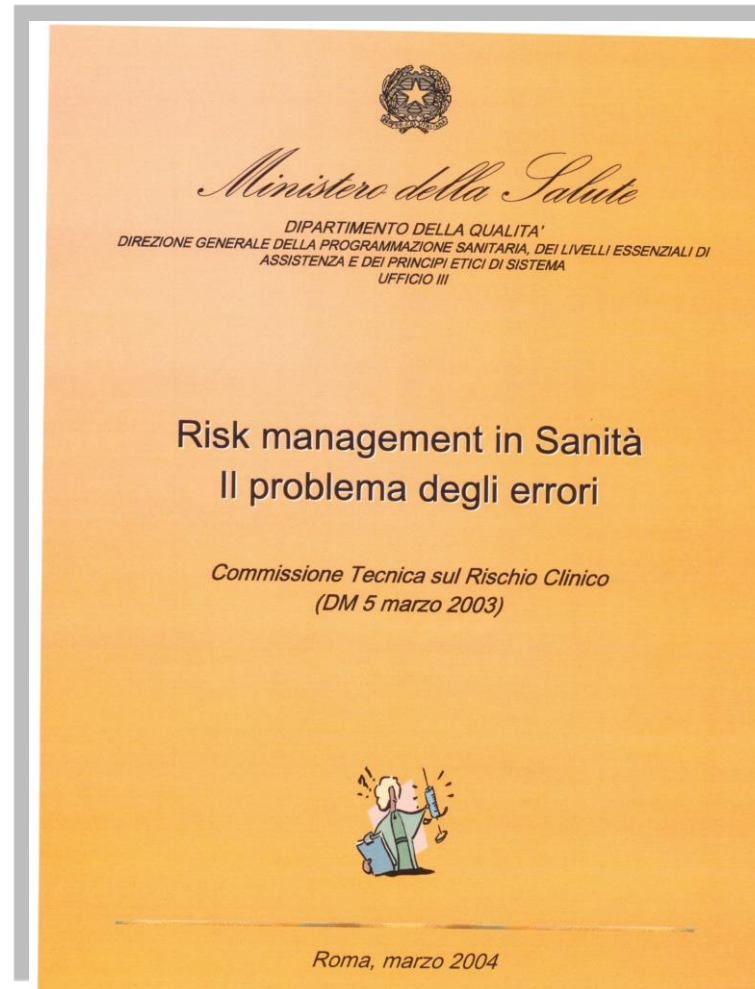


Risk Financing

GLI AMBITI DEL RISK MANAGEMENT



Il risk management: esigenza inderogabile



Aldo Di Fazio - U.G.R. ASM -
Matera

**La Sicurezza dei Pazienti
e la Gestione del Rischio Clinico**

GLOSSARIO

Luglio, 2006

54. Evento (Incident)

Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno nonintenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente

55. Evento avverso (Adverse event)

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile"

56. Evento avverso da farmaco (Adverse drug event)

Qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso.

Gli eventi avversi da farmaco comprendono:

eventi avversi da farmaco prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia ed eventi avversi da farmaco non prevenibili, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come "reazioni avverse a farmaci" (ADR)

57. Evento evitato (*Near miss o close call*)

Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

58. Evento sentinella (*Sentinel event*)

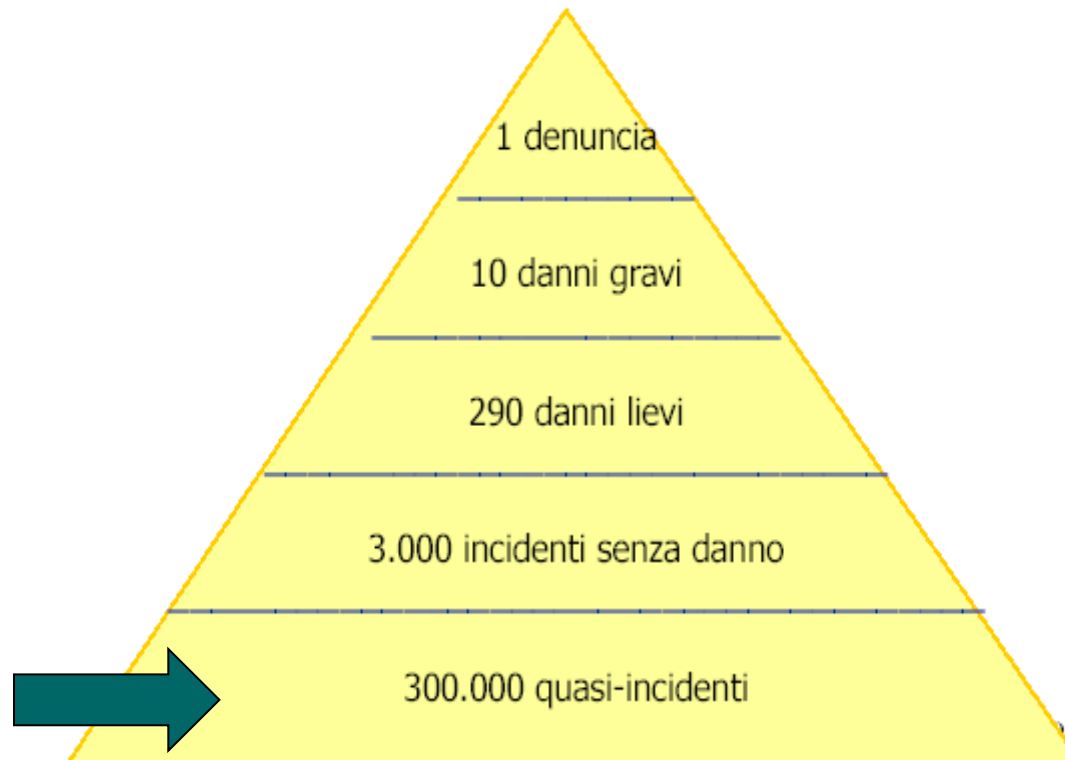
Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna

- a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e
- b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

QUANTI SONO GLI EVENTI AVVERSI?

la proporzione di Heinrich ipotizza che per ogni denuncia vi siano: _____





Ministero della Salute

RACCOMANDAZIONE SUL CORRETTO UTILIZZO DELLE
SOLUZIONI CONCENTRATE DI CLORURO DI POTASSIO – KCL –
ED ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI
POTASSIO

**Il Cloruro di Potassio – KCl - per via
endovenosa può causare effetti letali se
somministrato in modo inappropriato**

**RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE LA RITENZIONE DI
GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO
DEL SITO CHIRURGICO**

**La ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno
del sito chirurgico può causare gravi danni**

**RACCOMANDAZIONE PER LA CORRETTA
IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO
E DELLA PROCEDURA**

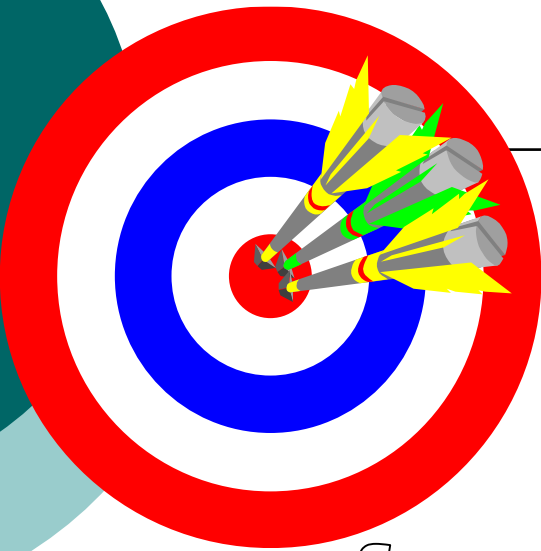
Le procedure chirurgiche in paziente sbagliato o su parte del corpo sbagliata e le procedure errate possono causare gravi danni ai pazienti

GESTIONE DEL RISCHIO

Mission

Promuovere **la cultura della comunicazione** e **gestione dei rischi**, con il coinvolgimento di **tutti gli attori** del sistema sanitario nelle iniziative per la sicurezza del paziente

GESTIONE DEL RISCHIO



Rendere
DIFFICILE
fare le COSE SBAGLIATE
e FACILE fare le
COSE GIUSTE

Reason 1992

Codice Deontologico

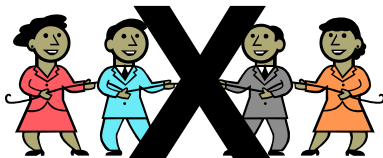


ART 14 del C.D.M. : SICUREZZA DEL PAZIENTE E PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO

- Il medico opera al fine di garantire le **più idonee condizioni di sicurezza del paziente**
- e contribuire **all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria,**
- alla **prevenzione e gestione** del rischio clinico
- anche attraverso la **rilevazione,**
- **segnalazione e**
- **valutazione** degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure



- Il medico a tal fine deve adottare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari ad evitarne la ripetizione;
- Tali strumenti costituiscono esclusiva riflessione tecnico-professionale, **riservata**, volta alla **identificazione dei rischi**, alla **correzione delle procedure** e alla **modifica dei comportamenti**.





Gli strumenti

- per l'identificazione del rischio
- per l'analisi del rischio



Gli strumenti per l'identificazione del rischio

- Sistemi di segnalazione (reporting)
- Briefing sulla sicurezza
- Safety walkaraound (giri per la sicurezza)
- Focus Group
- Revisione di cartelle cliniche
- Screening
- Osservazione



Gli strumenti per identificare

Incident reporting

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

Clinical incidents protocol

Vincent, 2001

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



SCHEDA INCIDENT REPORTING

Qualifica dell'operatore sanitario: _____

Data di compilazione: _____

Data e ora dell'evento: _____

Luogo ove si è verificato l'evento: _____

Breve descrizione dell'evento: _____

Esito dell'evento: _____

Cause e fattori che possono aver determinato l'evento
e contribuito in qualche modo:

Suggerimenti utili per la risoluzione della criticità: _____

Richiesta di audit e/o altro strumento di verifica e miglioramento formativo.

☐

SI

☐

NO



Gli strumenti per identificare

Safety Walkaround “giri per la sicurezza”

Safety Walkaround

Questo metodo consiste in “visite” che i referenti della sicurezza, effettuano nelle unità operative per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza.

Il personale viene invitato ad evidenziare eventi, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni.

Un valore aggiunto importante deriva dal fatto che le informazioni raccolte in questo processo spesso hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono portare talvolta alla introduzione di una immediata modifica che migliora da subito il processo assistenziale e la sicurezza.

Safety Walkaround

I referenti identificano delle priorità fra gli eventi e **l'équipe clinico-assistenziale** sviluppa soluzioni **condivise** con tutto lo staff.

La cultura della sicurezza del paziente rientra in un più ampio cambio culturale che prevede un rapporto aperto e diretto tra i vari operatori ed un **clima di integrazione e collaborazione**. Deve essere chiaro a chi effettua la visita, ma soprattutto allo staff in prima linea che **oggetto dell'indagine non sono i comportamenti individuali, ma i sistemi in atto per la sicurezza del paziente**. Il sistema proposto stimola il personale ad osservare comportamenti e pratiche con un occhio critico, riconoscere i rischi da un nuovo punto di vista. Questa modalità ha il vantaggio di essere a basso costo, consente di identificare i rischi e i cambi necessari nel contesto specifico, non richiede personale, strutture o infrastrutture



Gli strumenti di analisi

- La root causes analysis
- Analisi dei modi e degli effetti delle insufficienze (FMEA - FMECA)
- Audit clinico



Gli strumenti

Root Causes Analysis

Root Cause Analysis

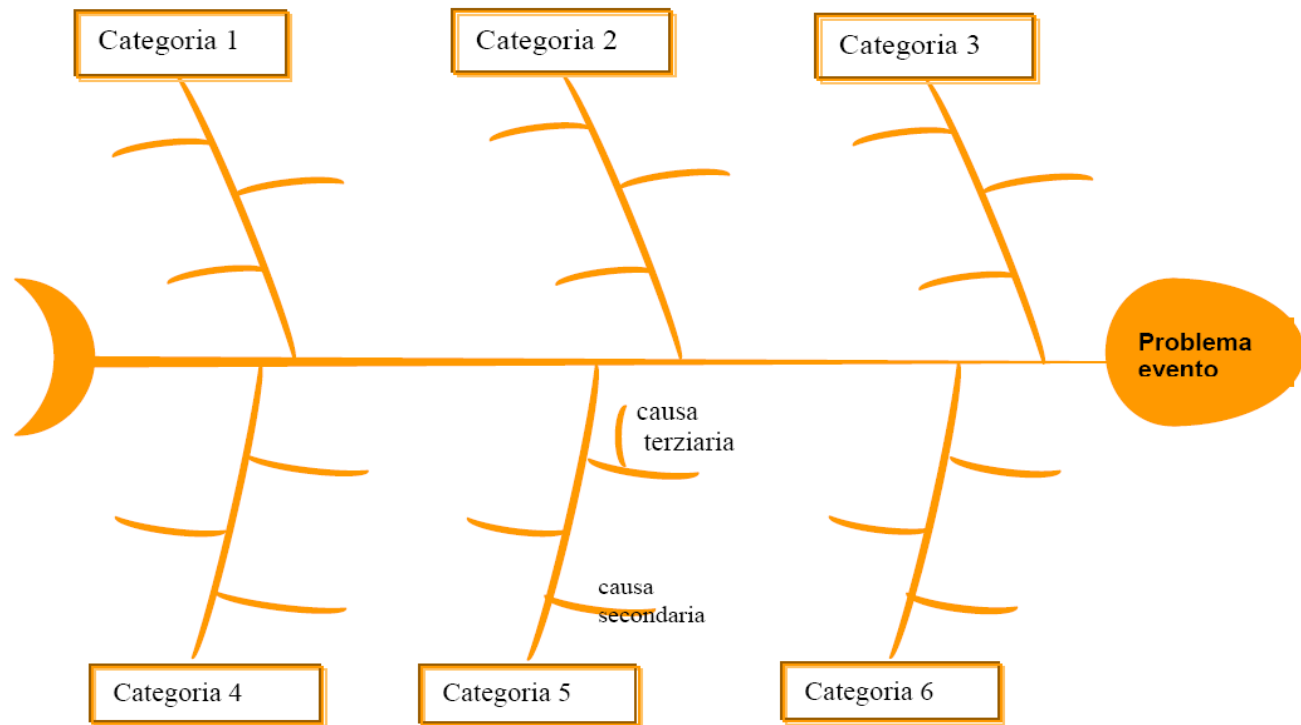
La RCA è un'analisi retrospettiva che consente di comprendere cosa, come e perché è accaduto un evento. Essa può essere applicata in tutti gli ambiti sanitari: ospedali per acuti, area della emergenza, riabilitazione, malattie mentali, ospedalizzazione a domicilio e nelle varie articolazioni delle cure extraospedaliere.

La RCA è una tecnica ampiamente utilizzata in particolare negli USA, presso il Centro Nazionale per la sicurezza dei pazienti dei veterani (NCPS national center patient safety), dove la metodologia è stata sviluppata ed applicata ai sistemi sanitari.

Il Diagramma a spina di pesce o di Ishikawa assomiglia allo scheletro di un pesce in cui la spina principale rappresenta l'evento avverso e le altre spine rappresentano le cause e i fattori contribuenti. Tale strumento è stato ideato intorno al 1950 da Kaoru Ishikawa.

Root Cause Analysis

Diagramma a spina di pesce o di Ishikawa





Gli strumenti

Analisi dei modi e degli effetti delle insufficienze (FMEA - FMECA)

FMEA Failure Mode and effect Analysis

La FMEA è un metodo molto utilizzato per identificare le vulnerabilità dei processi con approccio proattivo. L'obiettivo del suo utilizzo nei sistemi sanitari è quello di evitare gli eventi avversi che potrebbero causare danni ai pazienti, ai familiari, agli operatori. E' un metodo per esaminare un processo, prospetticamente, con l'ottica di evidenziare le possibili vulnerabilità e quindi ridisegnarlo. Il metodo è stato ideato negli Stati Uniti nel 1949, in ambito militare ed applicato al mondo sanitario a partire dagli anni '90.

Esso si basa sulla analisi sistematica di un processo, eseguita da un gruppo multidisciplinare, per identificare le modalità del possibile insuccesso di un processo o progetto, il perchè gli effetti che ne potrebbero conseguire e cosa potrebbe rendere più sicuro il processo. L'applicazione del metodo prevede in primo luogo l'identificazione di un responsabile che organizza un gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da operatori ed esperti. La prima fase, istruttoria, prevede l'analisi della letteratura, la raccolta della documentazione ed eventuali interviste agli operatori. Segue la seconda fase di analisi durante la quale il processo viene scomposto in macroattività, ogni macroattività viene analizzata sulla base dei singoli compiti da portare a termine, per ogni singolo compito vengono individuati i possibili errori (modi di errore).



Gli strumenti

Audit clinico

Audit clinico

Definizioni

Revisione sistematica delle attività professionali sulla base dell'autovalutazione della pratica clinica documentata, da parte dei professionisti, riuniti in gruppo multidisciplinare e multiprofessionale.

“Iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli esiti dell'assistenza attraverso una revisione tra pari strutturata, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario” (Brit. Gov., 1966).

Audit clinico

Definizioni

Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

(Glossario Ministero della Salute)

Audit clinico

Lo strumento

L'Audit Clinico è uno dei principali strumenti con il quale i professionisti possono monitorare e controllare la qualità tecnica dei processi, evitando rischi, individuando tempestivamente gli eventi avversi, traendo insegnamenti dagli errori.

L'attività di audit clinico è universalmente considerata uno strumento efficace per la promozione ed il miglioramento della qualità professionale in ambito sanitario. Esso è integrato nel sistema della Clinical Governance.

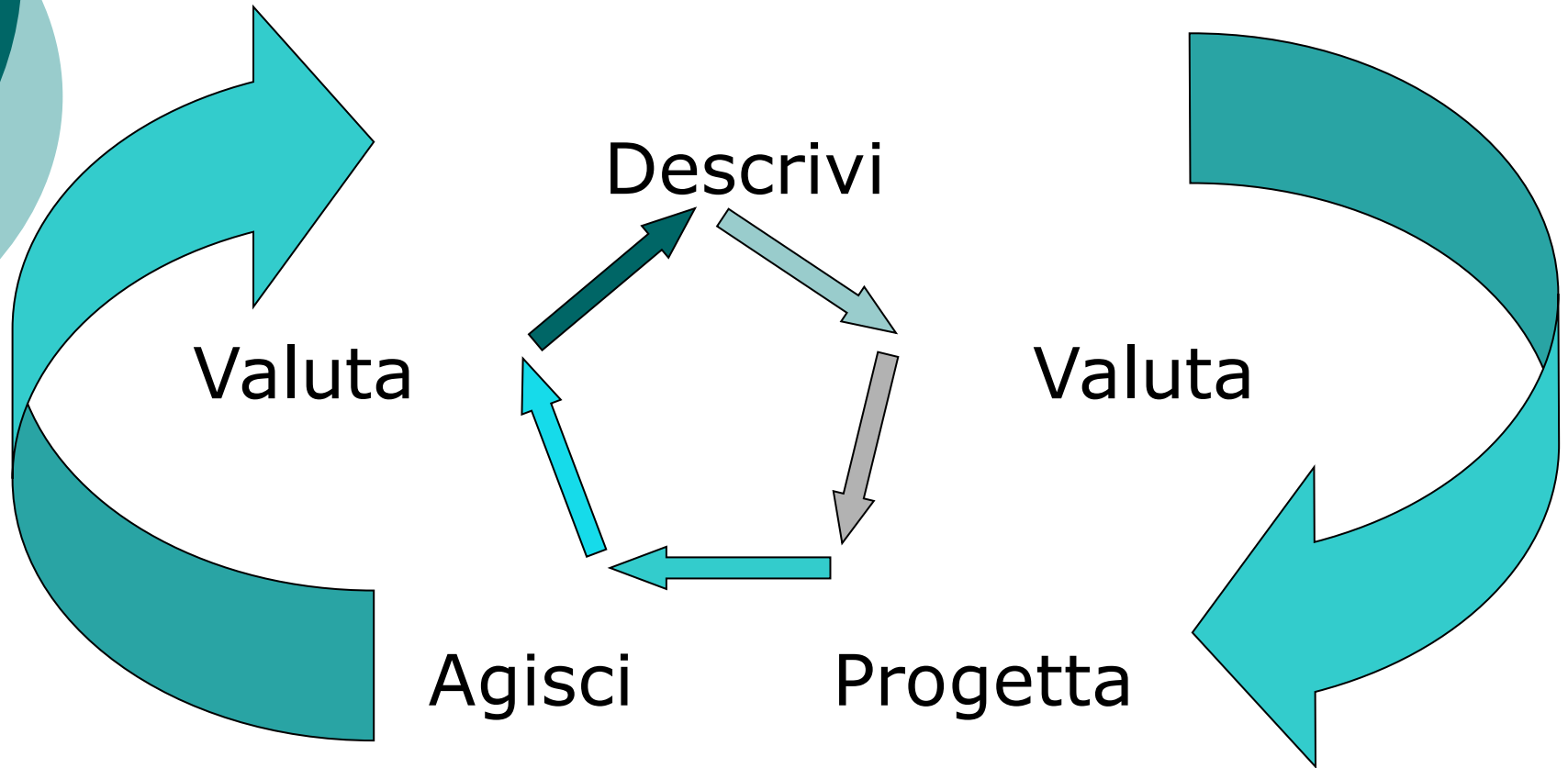
Audit clinico: metodologia

Il ciclo dell'audit

L'audit clinico è un ciclo della qualità

- Identificazione del problema (ambito di riferimento, priorità, ecc.)
- Definizione di criteri e standard condivisi e misurabili
- Valutazione: analisi della pratica clinica in termini di processi e/o di esiti e confronto dei risultati con i criteri e gli standard
- Elaborazione, applicazione e verifica di proposte di miglioramento

Ciclo della qualità (S. Tonelli)





Audit clinico: metodologia

Le fasi dell'audit

(Linee guida NICE)

1. Preparazione
2. Selezione indicatori e standard
3. Valutazione della pratica clinica
4. Realizzare il miglioramento
5. Monitorare il cambiamento (Re-audit)

Audit clinico: metodologia

Le fasi dell'audit

(Ministero della Salute)



Audit clinico: metodologia SMART

Specific: correlati al tema

Measurable: concretamente definibili

Achievable: raggiungibili con le risorse disponibili

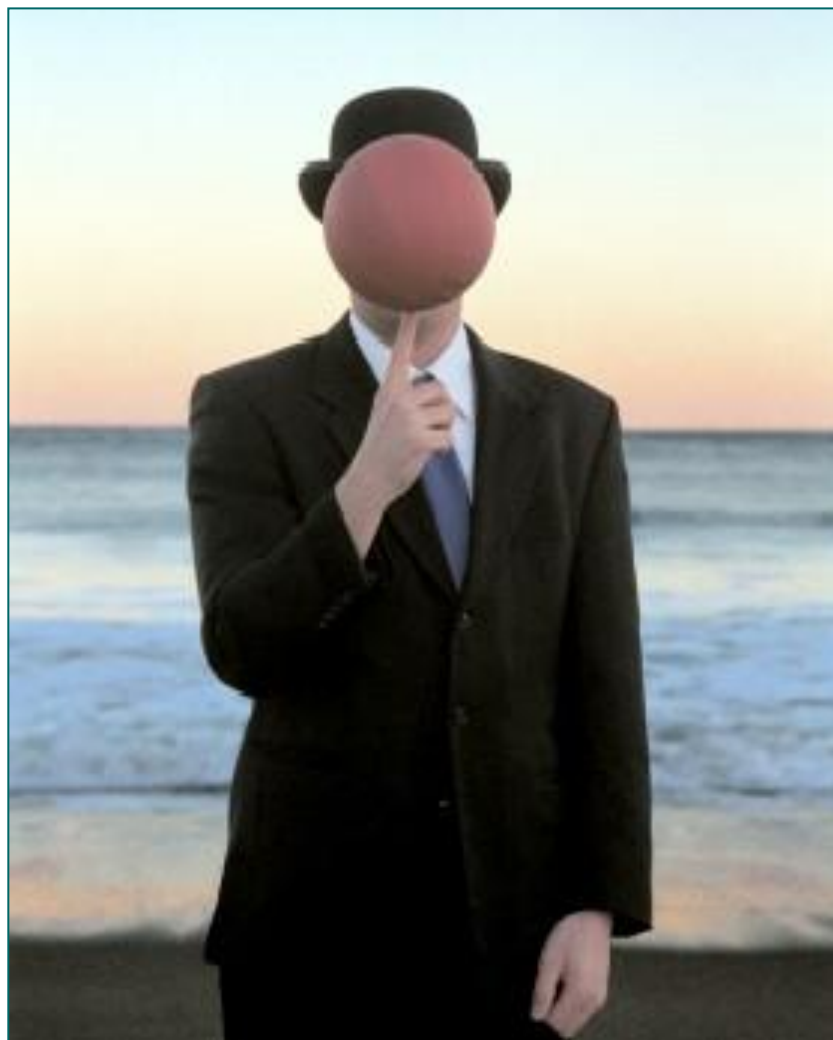
Resource Based: basati sull'evidenza

Timely: aggiornati

La comunicazione



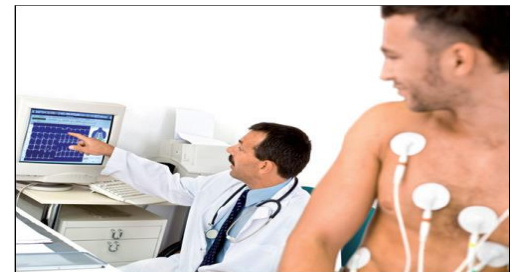
**1. Conoscere
l'interlocutore**



**2. Rapportarsi
con
l'interlocutore**

Interfaccia operatore-paziente

- **L'informazione assente, incompleta, scorretta o frettolosa è uno delle cause fondamentali di contenzioso da parte dell'utenza.**
- **La correttezza dell'informazione evita la non corrispondenza tra l'attesa del cittadino-utente ed il risultato ottenuto.**





**L'insoddisfazione dell'utente
deriva spesso da questa non
corrispondenza ed anche se è
una condizione solamente
soggettiva, essa spesso porta
ad una intensa ricerca di
oggettivazione del danno
percepito.**

- 
- **Un'informazione adeguata fa in modo che il paziente stesso sia in grado di prendere decisioni inerenti il proprio stato di salute.**
 - **Può nascere così un rapporto medico-paziente di tipo simmetrico (adulto-adulto) che aumenterà la serenità dei professionisti sanitari nel loro lavoro.**

Comunicare bene con pazienti e familiari

più del 50 % delle segnalazioni, giunte in un anno all'Ufficio Relazioni con il Pubblico di una ASO con 1400 posti letto, contenevano un reclamo riguardante un'incongruità o un presunto errore sanitario, ma contemporaneamente anche note riguardanti comportamenti scorretti degli operatori, **maleducazione, mancanza di attenzione, fretta, presunzione o altro.** (Rapellino '04)

La Comunicazione



< Comunicare è indispensabile non solo perché riduce i contenziosi, ma perché è un atto imprenscindibile nel rapporto Medico-Paziente >

Nella gestione dell'errore ha un posto fondamentale la "*Comunicazione*" che si articola in:

1. Comunicazione per la promozione della sicurezza
2. Comunicazione dell'errore
3. Comunicazione interna
4. Comunicazione esterna

Consenso informato

Coinvolgimento del paziente all'atto di cura

Il consenso informato è l'atto primario del processo di cura che impone l'accettazione da parte del paziente di ogni passaggio diagnostico terapeutico illustrato compiutamente in tutti i suoi aspetti dal proprio (o dai propri) medico (i) curante(i) comprese tutte le informazioni relative ai risultati ed ai rischi conseguenti

Stakeholder

- Con il termine **Stakeholder** *si individuano i soggetti "portatori di interessi" nei confronti di un'iniziativa economica, sia essa un'**azienda** o un **progetto**.*

Fanno, ad esempio, parte di questo insieme: i **clienti**, i **fornitori**, i finanziatori (**banche e azionisti**), i collaboratori, ma anche gruppi di interesse esterni, come i residenti di aree limitrofe **all'azienda** gruppi di interesse locali

Coinvolgimento degli Stakeholder

Le figure interessate nel processo in **Sanità** sono :

- Pazienti (informazione individuale sul rischio)
- Personale (informazione estesa sul rischio all'èquipe)

1. Paziente (Volontariato, Istituzioni, Comuni, TDM, Associazioni, etc):

1. Colloquio tecnico
2. Interventi educativi
3. Materiale esplicativo

2. Personale :

1. Costruzione del sistema del rischio
2. Analisi e valutazione della cause del rischio (near misses eventi sentinella, e. avversi etc)

Coinvolgimento degli Stakeholder

Le figure partecipanti al "processo o all'evento" sono coinvolte con la finalità di far conoscere il rischio clinico e verificare l'efficacia del processo nella cui dinamica si procede a:

1. Far acquisire consapevolezza:

1. del ruolo nel rischio
2. della responsabilità nella valutazione, prevenzione e gestione del rischio
3. delle azioni da intraprendere

2. Far attuare tutte le procedure :

1. di gestione del rischio
2. di prevenzione

Rischio Clinico : Uso di strumenti



- **La quasi totalità delle prestazioni sanitarie in ospedale richiedono l'utilizzo di strumentazione medica**
- La tecnologia biomedica è sotto il controllo del Servizio di Prevenzione e Protezione e dal Servizio di Ingegneria Clinica
- **La possibilità di utilizzare strumentazioni tecnologiche biomedicali è sancita dal DLgs 626/94 al titolo III *"Uso delle attrezzature di lavoro"***
 1. Le A. devono soddisfare le disposizioni di Legge che regolamentano la materia
 2. Le A. devono rispondere ai requisiti di conformità e sicurezza corredate da apposite istruzioni e devono essere "manutenute"
 3. Le A. devono essere adeguate al lavoro da svolgere e adatte agli scopi del loro uso al fine di garantire sicurezza e salute del p.

Considerazioni finali

E' indispensabile:

- introdurre una cultura della sicurezza oltre la blame culture
- rimuovere le situazioni favorenti l'errore e migliorare le difese (backup e diversità)

In caso di errori e incidenti la domanda principale non è:

- Chi è il colpevole?

Ma le questioni importanti sono:

- Quali fattori hanno favorito l'accadere dell'evento?
- Come e perché hanno fallito le difese?
- Cosa possiamo fare per evitare che l'evento riaccada?

Questo ovviamente NON esclude la responsabilità personale

Considerazioni finali

I professionisti della sanità sentono il bisogno di cambiamento

I pazienti chiedono sempre più qualità e sicurezza

La Gestione del Rischio Clinico è una responsabilità di tutti, quindi deve essere partecipativa per rinforzare la fiducia tra aziende, professionisti e pazienti

**... una lunga strada
da percorrere
insieme...!**

