

LA GESTIONE DEL RISCHIO IN AMBITO SOCIO SANITARIO

Chiara Benini

Milano, 29 settembre 2011

Dalla consapevolezza
dell'impossibilità di eliminare del
tutto gli errori emerge la necessità di
individuare strategie per ridurli

L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO DI RSA

- Primo mutamento importante fra gli anni '70 e '80 nella struttura organizzativa che ha trasformato le residenze da prevalente componente sociale a luoghi di cura per anziani disabili gravi
- Conseguentemente la maggioranza delle strutture ha dovuto incrementare le proprie capacità assistenziali e promuovere la presenza di personale e di attività più qualificate per questo bisogno

- Oggi assistiamo ulteriore cambiamento : le persone che necessitano di assistenza in RSA sono accompagnate da più problemi clini contemporaneamente:
 - Aumento di dipendenza ed instabilità clinica
 - L'introduzione dei DRG ospedalieri ha consentito risparmi di degenza in ospedale che si sono tradotte in maggior onere per il servizio socio sanitario di “long term care”
 - Sempre più spesso vi è l'associazione della disabilità fisica e psichica per l'epidemia esplosiva delle demenze senili
 - Elevata percentuale di condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità, severità ed instabilità clinica

E' NECESSARIO ADOTTARE CRITERI DI QUALITA' NELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO

In RSA è particolarmente difficile in quanto in essa le persone contemporaneamente vivono e sono curate e sono quindi sensibili sia agli indicatori di vita sia agli indicatori di cura: praticamente infiniti

Quasi tutti gli indicatori, presenti in letteratura, si rifanno alla classificazione di Donabedian

- Criteri strutturali
- Criteri di processo
- Criteri di output e di outcome

CRITERI DI OUTCOME

- RIDUZIONE DI EVENTI NEGATIVI (CADUTE, CONTENZIONE, MALNUTRIZIONE, LESIONI DA DECUBITO, EFFETTI INDESIDERATI DI FARMACI)
- AUMENTO DI EVENTI POSITIVI (MIGLIORAMENTI FUNZIONALI E CLINICI, PARTECIPAZIONE)

Non esiste ad oggi letteratura ed esperienza sufficiente: costituiscono un terreno privilegiato di ricerca

PUNTI DEBOLI DEL SISTEMA RSA

- Il maggior numero delle strutture e di piccole medio dimensioni e presentano difficoltà organizzative
- È presente un alto turn over di personale soprattutto per quanto concerne le figure professionali quali medico, infermiere, fisioterapista
- Il minutaggio minimo previsto non sempre è adeguato alla tipologia del bisogno
- Scarsità di risorse per formazione, implementazione di tecnologie innovative
- Aspettative di pazienti e rete parentale superiori a quanto il modello RSA, definito dalla normativa, può offrire
- Manager non sempre adeguatamente formati

IL PROCESSO DI RISK MANAGEMENT

- Ogni azienda affronta permanentemente il rischio inteso come “minaccia” al perseguimento delle proprie finalità.
- Il tentativo di “governo” del rischio e delle conseguenze ad esso associate rappresenta il concetto fondamentale del

Risk management

In considerazione che il rischio pervade tutti i processi operativi e gestionali posti in essere da una azienda ne deriva che il governo di tale rischio è una funzione aziendale propria del management

DEFINIZIONE DI RISCHIO

“Prodotto della probabilità e delle conseguenze (dimensioni e gravità) del verificarsi di un certo evento avverso, vale a dire di un pericolo”

(Bradbury 1989)

R (RISCHIO) = P (PROBABILITA') X D (DANNO)

(derivante da proprie decisioni)

p (pericolo) = P (probabilità) X D (danno)

Derivante da decisioni assunte al di fuori della propria rete di influenza

EPISTEMOLOGIA DEL “RISK MANAGEMENT”

- Il concetto origina da discipline quali l'ingegneria, la statistica, la matematica attuariale, la psicologia, la filosofia, l'epidemiologia e l'economia
- L'analisi affronta in modo integrato le nozioni di PERICOLO/RISCHIO/CASO nel contesto del calcolo delle probabilità

IL CONTROLLO DEL RISCHIO E DEGLI EVENTI

Il controllo dell'EVENTO potenziale avviene per

- Elusione o eliminazione del rischio attraverso l'eliminazione delle operazioni sottostanti o la sostituzione con operazioni diverse
- Prevenzione quindi adozione di misure finalizzate a ridurre la probabilità del verificarsi dell'evento

Il controllo del DANNO potenziale avviene per

- Protezione ovvero attraverso la messa in atto di condizioni tali da attutire le conseguenze dannose una volta che l'evento si sia verificato

RISCHIO CLINICO

PROBABILITA' CHE UN PAZIENTE SIA VITTIMA DI UN EVENTO AVVERSO (SUBISCA CIOE' UN DANNO O DISAGIO) IMPUTABILE ANCHE SE IN MODO INVOLONTARIO ALLE CURE MEDICHE PRESTATE DURANTE IL PERIODO DELLA DEGENZA CHE CAUSA

- UN PROLUNGAMENTO DEL PERIODO DI DEGENZA
- LA MANCATA GUARIGIONE
- UN PEGGIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DI SALUTE
- LA MORTE

IL “CLINICAL RISK MANAGEMENT”

DEFINISCE LO SPECIFICO PROCESSO DI

- IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI IN CAMPO CLINICO
- LA VALUTAZIONE DEI LORO IMPATTI POTENZIALI
- L'APPRONTAMENTO DELLE MISURE PER LA PREVENZIONE, LA PROTEZIONE ED IL CONTROLLO DELLE CONSEGUENZE
- IL MONITORAGGIO AI FINI DEL MIGLIORAMENTO

IL “CLINICAL RISK MANAGEMENT”

In senso più ampio e nella prospettiva della “clinical governace” può essere definito come **LO STRUMENTO GESTIONALE** volto a ridurre il numero e la gravità degli “errori” che si realizzano e la loro interazione tra le persone, le loro conoscenze e i loro comportamenti da una parte ed i sistemi organizzativi e gestionali dall’altra al fine di migliorare la qualità delle pratiche clinico assistenziali

IL “CLINICAL RISK MANAGEMENT”

Dal punto di vista gestionale risulta lo strumento utile a

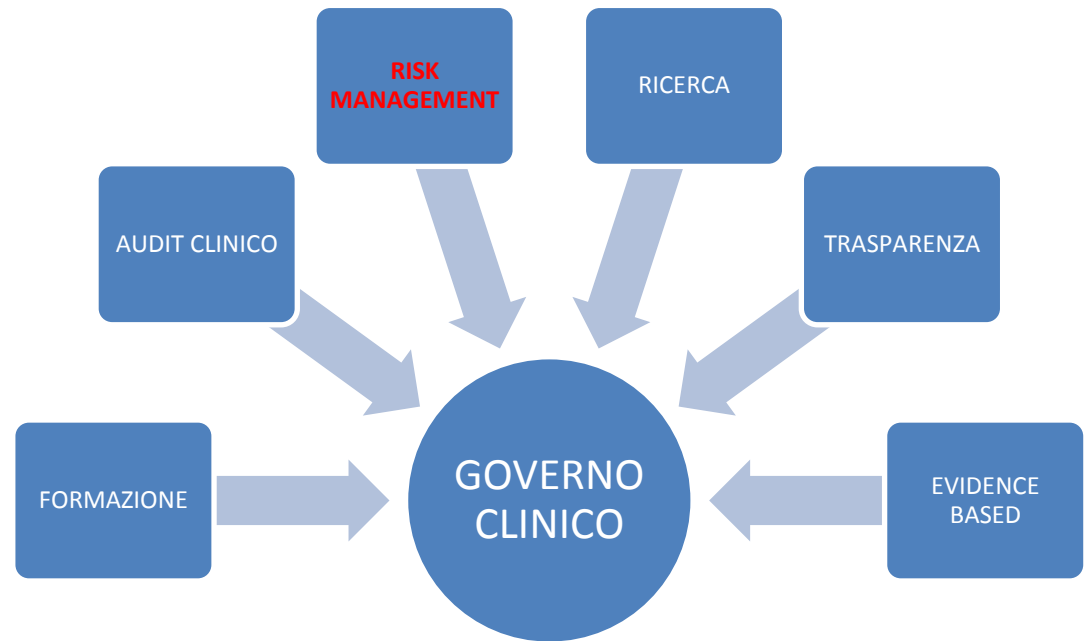
- Minimizzare i rischi, non semplicemente riducendo l'errore e la conseguenza, ma attraverso la crescita delle competenze quale risultato di un processo continuo di apprendimento individuale e collettivo

La sicurezza è parte inscindibile di una assistenza di buona qualità

CLINICAL GOVERNANCE

LA CLINICAL GOVERNANCE
E' IL CONTESTO I CUI
SERVIZI SANITARI SI
RENDONO RESPONSABILI
DEL MIGLIORAMENTO
DELLA QUALITA'
DELL'ASSISTENZA E
MANTEGONO ELEVATI
LIVELLI DI PRESTAZIONE
CERCANDO UN AMBIENTE
CHE FAVORISCA
L'ESPRESSIONE
DELL'ECCELLENZA CLINICA

A FIRST CLASS SERVICE
NHS 1998



RISCHIO CLINICO E SERVIZI

- I servizi sanitari ed in genere i servizi posti a salvaguardia della salute sono per definizione “sistemi a rischio”
- La natura del rischio in tali sistemi è dinamica in funzione dei benefici attesi
- Il manifestarsi di condizioni di rischio è la risultante indiretta di complesse interazioni/transazioni fra il CLIENTE e variabili TECNICO/PROFESSIONALI, STRUTTURALI, TECNOLOGICHE, ORGANIZZATIVE ED AMBIENTALI

FATTORI CHE INFLUENZANO LA PRATICA CLINICO ASSISTENZIALE

- **FATTORI INDIVIDUALI**
- **FATTORI LEGATI AL TEAM DI LAVORO**
- **FATTORI LEGATI AL PAZIENTE**
- **FATTORI AMBIENTALI E DEL LUOGO DI LAVORO**
- **CONTESTO ISTITUZIONALE**
- **FATTORI CORRELATI AL MANAGEMENT**
- **FATTORI CONNESSI AI RISULTATI**

IL FATTORE INDIVIDUALE

- La componente umana nell'erogazione dei servizi alla persona rappresenta elemento prioritario
- In ambito sanitario spesso è dotata di un elevato grado di autonomia decisionale ed operativa con ridotta possibilità di standardizzazione
- L'errore esiste ed è una componente ineliminabile di qualunque attività umana
- L'errore individuale è peraltro in buona parte riconducibile a motivazioni di "sistema"
- Uno dei maggiori ostacoli nel convincere le persone della prevalenza e della gravità degli errori cognitivi è rappresentato dalla fiducia che spesso esse hanno nelle proprie capacità di elaborazione del pensiero

J. Reason: L'errore umano è il mancato raggiungimento dell'esito previsto come risultato di una pianificata sequenza di attività fisiche o mentali

ERRORI DI ESECUZIONE

- SLIPS: azioni che si discostano da ciò che era stato pianificato
- LAPSES: insufficienza della memoria che determina il mancato compimento di ciò che era stato pianificato
- Entrambe avvengono durante l'esecuzione di compiti routinari in ambiente conosciuto, accade qualcosa che attira l'attenzione e distrae dal compito iniziato

ERRORI DI ELABORAZIONE

- MISTAKES: insufficienza del processo di elaborazione che determina la scelta di una azione inadeguata al raggiungimento dello scopo desiderato
- possono manifestarsi tutte le volte che si determina un problema, nel senso che accade qualcosa che richiede una modifica di ciò che era pianificato

DETERMINANTI DELL'ATTENZIONE AL RISCHIO

Fattori determinanti
Cultura – emozioni – profilo
Livelli di attenzione

Fattori di ampliamento
Legati alla situazione
Legati al contesto

Distorta percezione del rischio

Distorta rappresentazione del rischio

Livelli diversi
di significato attribuito al rischio



Eccesso/difetto di allarme



Inibizione/eccitazione rispetto al compito



Livelli sub-ottimali di performance



Errori cognitivi



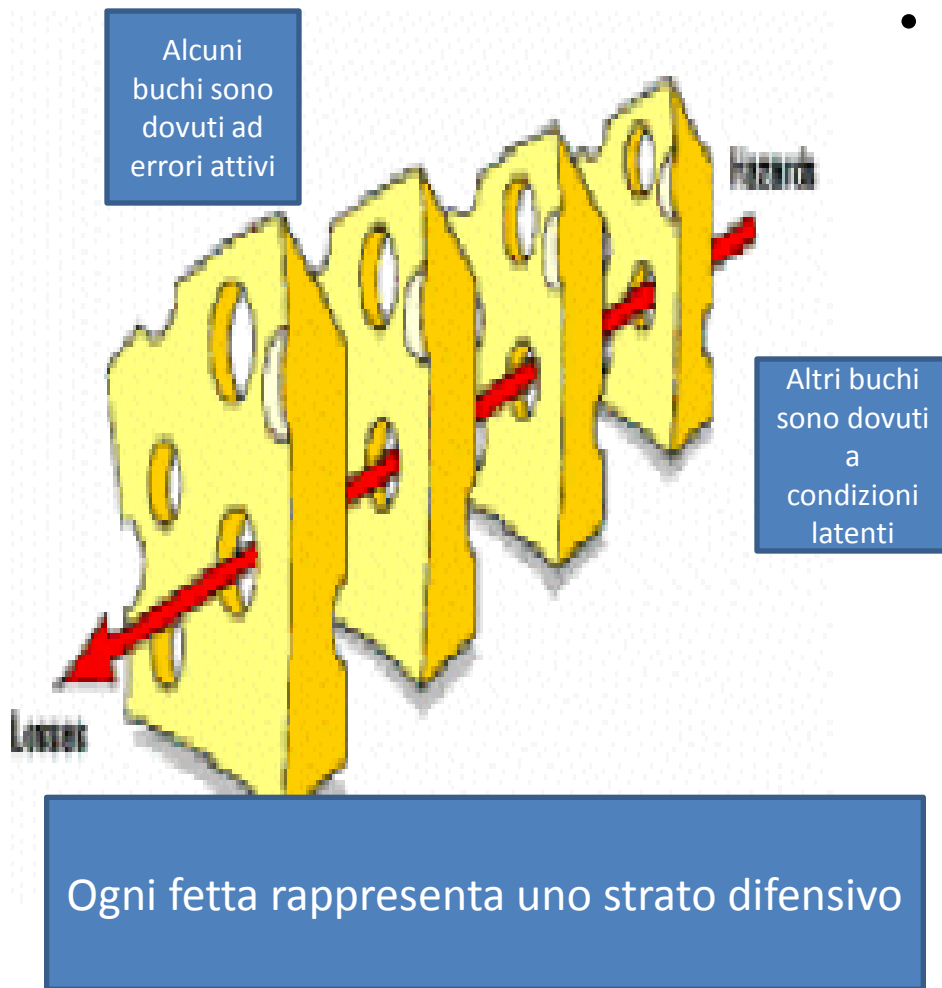
Errori operativi

5 FALSI MITI

- Gli errori sono intrinsecamente negativi
- Sono le persone con connotazione negativa a commettere più facilmente errori
- Gli errori derivano dal caso
- Gli errori sono rari

E' fondamentale

- Considerare l'errore come fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato a sbagliare
- Promuovere la cultura dell'imparare dall'errore e non nascondere diventa una strategia vincente
- Analizzando la genesi di un incidente prendendo in considerazione tutti gli eventi gli errori ed i deficit che lo hanno generati ci si accorge che solo il 20% circa degli incidenti in sanità è dovuto a responsabilità strettamente personali e nella maggior parte gli incidenti hanno cause di natura sistemica, di organizzazione, di processi o di risorse
- Raramente gli incidenti sono conseguenza di un unico errore, umano o tecnologico, più spesso sono frutto di una concatenazione di eventi



- Una felice metafora di Reason è quella del “swiss-cheese” (formaggio svizzero). Ogni fetta rappresenta uno strato difensivo del sistema, i buchi sono le perdite: alcune dovute a errori attivi altre a condizioni latenti. Nella maggior parte dei casi le barriere funzionano e quindi gli errori vengono fermati / intercettati. In altri casi quando la traiettoria delle opportunità di incidente si allinea abbiamo il danno che supera tutte le difese.

POSSEDERE UNA STRATEGIA

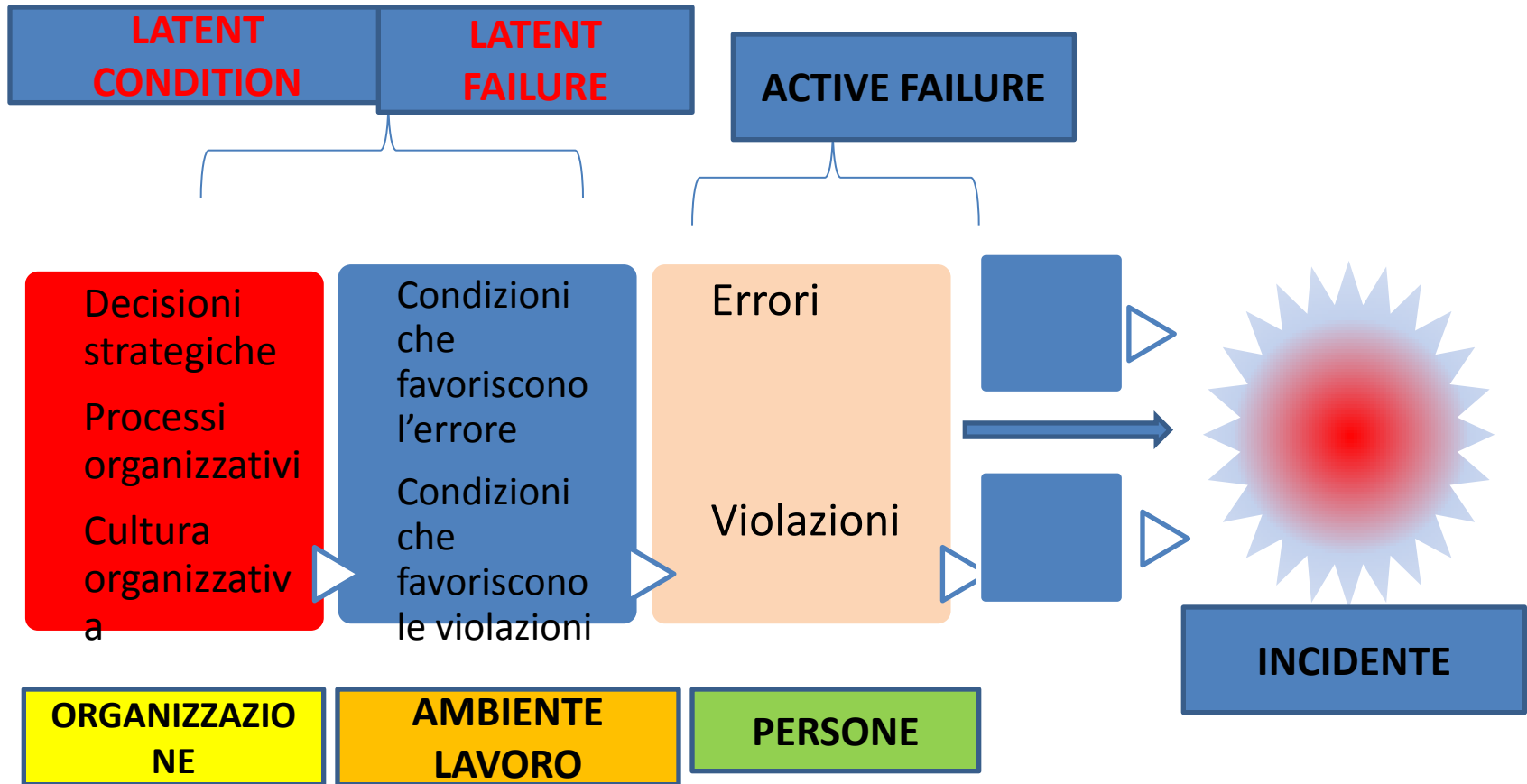
- SVILUPPARE E DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA, NON PUNITIVA, APERTA ALL'APPRENDIMENTO
- PREVENIRE DOVE GIA' E' POSSIBILE (LINEE GUIDA, BUONE PRATICHE, NUOVE TECNOLOGIE, MONITORAGGI ..)
- FAVORIRE LA CONOSCENZA EMPIRICA DEI FENOMENI
- APPRENDERE DALL'ESPERIENZA (REGISTRAZIONE ED ANALISI EVENTI)
- COINVOLGERE IL PAZIENTE NEI PROCESSI DI CURA
- INTEGRARE LE INFORMAZIONI PER SVILUPPARE LA CONOSCENZA DEI PUNTI CRITICI DEL SISTEMA
- SVILUPPARE LA FUNZIONE AZIENDALE DI GESTIONE DEL RISCHIO
- SVILUPPARE SISTEMATICI REPORT AZIENDALI SUI PROBLEMI EMERSI, SULLE INIZIATIVE ADOTTATE, SUI RISULTATI RAGGIUNTI

S. Schenkel: L'errore può avvenire ovunque all'interno dell'organizzazione di servizi per la salute

EVENTO (INCIDENT)

Ogni accadimento che ha causato danno, o ne aveva la potenzialità, nei riguardi di un paziente, visitatore od operatore, ovvero ogni evento che riguarda il malfunzionamento, il danneggiamento o la perdita di attrezzature o proprietà, ovvero ogni evento che potrebbe dar luogo a contenzioso

TEORIA SISTEMICA DI JAMES REASON



L'APPROCCIO DEL SISTEMA DI REASON

- GLI ERRORI SONO CONSEGUENZA DELL'AGIRE ORGANIZZATO E NON CAUSA DEL FALLIMENTO DEL SISTEMA
- I SISTEMI ORGANIZZATI PRESENTANO:
 - CONDIZIONI LATENTI DI INSICUREZZA (LATENT FAILURE) IN CUI SI COLLOCANO LE AZIONI UMANE
 - AZIONI/OMISSIONI (ACTIVE FAILURE) LE AZIONI DEL SINGOLO TROVANO PERTUGI NELLA SICUREZZA DEL SISTEMA CHE PERMETTONO IL VERIFICARSI DELL'INCIDENTE

LE INSUFFICIENZE

INSUFFICIENZE ATTIVE

Atti pericolosi (errori o violazioni) commessi da coloro che operano a stretto contatto con il paziente. L'effetto negativo è per lo più immediato

INSUFFICIENZE LATENTI

Sono la conseguenza delle "condizioni latenti". Generalmente sono la conseguenza di decisioni di ordine generale assunte a livello manageriale. Le conseguenze possono manifestarsi anche a lunga distanza nel tempo

L'aumento della complessità organizzativa, cognitiva, professionale, tecnologica, dei processi di cura ed assistenza si presta all'accumulo di insufficienze latenti in grado di agire dinamicamente con le insufficienze attive

Alcune considerazioni

- Il miglioramento continuo ha come obiettivo il rafforzamento costante dell'indebolimento introdotto dai cambiamenti organizzativi
- A volte intervenire su un problema può introdurre uno nuovo
- Il correttivo introdotto potrebbe ridurre la possibilità di errore da una parte ma accrescerla da un'altra
- I sistemi organizzativi si evolvono in tappe in relazione al crescere delle conoscenze e dell'esperienza. Gli aggiustamenti rispetto alla curva di apprendimento giungono spesso con un certo grado di ritardo

VIOLAZIONI ed ERRORI

- SONO DEVIAZIONI DELIBERATE DALLE PRATICHE OPERATIVE, DALLE PROCEDURE, DAI PROTOCOLLI
- Violazioni della routine
- Violazioni ottimizzanti fatte per motivi personali
- Violazioni necessarie quando si ritiene che ciò sia l'unico modo per svolgere il lavoro e le regole sono considerate inappropriate alla situazione
- Gli errori sorgono per problemi connessi alle informazioni (dimenticanze, disattenzione, incompleta conoscenza)
- Le violazioni sono più associate a problemi motivazionali (basso morale, percezione della inadeguatezza del sistema premiante e sanzionatorio, senso di infallibilità)
- Gli errori si spiegano con “ciò che passa per la testa” dell'individuo, le violazioni sono collegate ad un contesto sociale regolato che viene trasgredito

LAVORARE IN TEAM

- Lavorare in team richiede competenze cognitive, relazionali e comportamentali
- Il team dovrebbe rappresentare una rete di sicurezza in termini di maggiore osservazione
- Talvolta il team che dovrebbe prevenire il verificarsi di errori può promuovere la migrazione dalla zona delle pratiche sicure all'area delle pratiche non sicure
- Un componente del team può ad esempio presumere che un altro componente abbia compiuto una azione che invece nessuno ha fatto
- I singoli possono pensare che qualcun altro stia controllando e si ritengono per questo autorizzati a trarre i massimi benefici personali (ad esempio attraverso una riduzione del proprio impegno lavorativo)
- Non è sufficiente che le reti (i team) siano ridondanti è fondamentale che siano progettate in modo da non lasciare dubbi o interpretazioni personali relativamente le azioni da compiere

LAVORARE IN TEAM

- Può succedere che la configurazione del team sia “rassicurante” non tanto in termini di sicurezza del paziente quanto in termini di protezione all’interno del team: in questo senso a volte il team può incoraggiare i singoli a lavorare oltre i limiti della sicurezza
- In questo clima spesso prende il sopravvento un informale “coordinamento relazionale” che regola informalmente il comportamento del team e distingue le relazioni “deboli” da quelle “forti”

GLI STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

IDENTIFICAZIONE DLE RISCHIO

ANALISI DEL RISCHIO

TRATTAMENTO DEL RISCHIO

MONITORAGGIO

GLI STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

- IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO
 - Incident reporting
 - revisione cartelle cliniche
 - data base reclami
 - data base contenzioso
- ANALISI DEL RISCHIO
 - Root Cause analysis
 - Analisi data base
 - Fmea – Fmeca
- TRATTAMENTO DEL RISCHIO
 - Sviluppo di procedure e protocolli
 - introduzione nuove tecnologie
 - informatizzazione procedure
- VALUTAZIONE PERIODICA E CONTINUA

SPOSTARE LA FOCALIZZAZIONE DALLA RESPONSABILITA' INDIVIDUALE ALLA RICERCA DELLE CAUSE

- Consente la lettura multidisciplinare e multidimensionale
- Privilegia l'approccio per obiettivi
- Facilita la rilevazione
- Approfondisce il livello di analisi ed aumenta la conoscenza del sistema
- Facilita atteggiamenti proattivi
- Consente un approccio sistemico anche verso l'errore umano
- Permette di focalizzare proattivamente l'attenzione sulla parte "sommersa" degli incidenti near miss e incidenti senza danno)
- Consente un coinvolgimento degli operatori con crescita di consapevolezza
- È una opportunità per il sistema di avere informazioni di carattere trasversale (opportunità di generalizzare i problemi)

INCIDENT REPORTING (self reporting)

scheda cartacea che permette la raccolta strutturata delle segnalazioni spontanee da parte di operatori sanitari di eventi significativi per la sicurezza dei pazienti

Propone un approccio amichevole e protettivo basato sulla adesione volontaria degli operatori

Permette di creare una data base da analizzare per predisporre strategie ed azioni correttive per prevenire il riaccadere di un dato evento

raccoglie le informazioni inerenti eventi sentinella, eventi avversi, eventi senza danni, near-miss (quasi eventi)

Feed back rapido facilmente accessibile, orientato al problema

Definizioni



EVENTO SENTINELLA: evento avverso di particolare gravità

EVENTO AVVERSO: danno per il paziente causato dal trattamento sanitario piuttosto che dalla patologia sottostante

NEAR MISS: situazione che non si è tradotta in evento per l'intervento di una causa di protezione

HAZARD: (pericolo) situazione che la potenzialità di causare un evento indesiderato

Lista eventi sentinella (Ministero della Salute)

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura in parte del corpo sbagliata
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivanti da errori di terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 g non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atto di violenza a danno operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno

UN ESEMPIO: IL 20% DEGLI ERRORI IN SANITA' E' COSTITUITO DAGLI ERRORI DI TERAPIA FARMACOLOGICA

➤ Errori di prescrizione

- Scelta errata del farmaco:
 - ✓ Indicazioni, controindicazioni
 - ✓ Terapie concomitanti
 - ✓ Allergie
 - ✓ Forma farmaceutica
 - ✓ Dose
 - ✓ Frequenza di somministrazione
 - ✓ Scrittura illeggibile
 - ✓ Abbreviazioni non comprensibili

Spesso tali errori si verificano a causa di una mancata standardizzazione delle abbreviazioni

Le prescrizioni verbali dovrebbero essere evitate, sono spesso fraintese o trascritte in modo non corretto

UN ESEMPIO: IL 20% DEGLI ERRORI IN SANITA' E' COSTITUITO DAGLI ERRORI DI TERAPIA FARMACOLOGICA

- Errori di trascrizione
 - Comprendono errori dovuti a trascrizione sbagliata del nome, della forma farmaceutica, della dose, della frequenza di somministrazione ecc..
- Errori di distribuzione
 - Comprendono gli errori di dispensazione dei farmaci ai reparti o al paziente
- Errori di preparazione
 - Errata formulazione o manipolazione di un prodotto farmaceutico prima della somministrazione: errata diluizione, miscelazione di farmaci incompatibili

UN ESEMPIO: IL 20% DEGLI ERRORI IN SANITA' E' COSTITUITO DAGLI ERRORI DI TERAPIA FARMACOLOGICA

- Errori nella somministrazione
 - Via di somministrazione sbagliata
 - ✓ Endovena al posto della via orale
 - ✓ Endovena al posto della via im
 - ✓ Terapia sbagliata
 - ✓ Tempo di somministrazione sbagliato

- Errori di monitoraggio
 - Errore di revisione o errore nell'uso di dati clinici di laboratorio

- Mancata informazione al paziente
- Errori di compliance
 - Errato atteggiamento del paziente nei confronti del regime terapeutico prescritto

COSA FARE

Julie Carol Misson (Planning and quality unit, Bendigo Health Care Group, Victoria – Australia)

“Dobbiamo cercare di costruire un sistema che renda facile fare le cose giuste e difficile fare le cose sbagliate”

Laura Biagetti – AUSL Bologna

Il principio di imparare dagli errori e prevenire il loro ripetersi trova una prima difficoltà nella barriera culturale a percepire ed ammettere l'errore. Ci sono più motivazioni per tacere e tentare di nascondere gli errori: vergogna, paura di essere puniti, di perdere la stima dei colleghi e la fiducia dei pazienti portano a non ammettere responsabilità e a negare anche l'evidenza

- ❖ Just culture: alimentare il sistema affinché si muova verso la massima sicurezza possibile
- ❖ Una cultura della sicurezza non può essere completamente esente a sanzioni; alcuni comportamenti a rischio richiedono di essere sanzionati; una completa tolleranza toglie credibilità all'interno del sistema della sicurezza
- ❖ Informed culture : una cultura informata conosce lo stato sui fattori umani, tecnologici, organizzativi, ambientali che condizionano la sicurezza del sistema
- ❖ La possibilità di essere informati necessita di partecipare all'informazione (reporting culture); la costruzione di un ambiente favorevole alle segnalazioni è premessa indispensabile per creare una cultura della sicurezza

Una buona cultura della sicurezza è quella che incoraggia le persone a prendersi carico dei risultati avversi – Turner 1991

LA COMUNICAZIONE DI UN EVENTO AVVERSO

- ✓ La corretta comunicazione di un evento avverso testimonia professionalità e rispetto nei confronti del paziente e della rete parentale
- ✓ Una buona comunicazione è alla base di un rapporto di fiducia tra il paziente e l'équipe e permette il superamento del problema
- ❖ La comunicazione deve avvenire in luogo appartato e tranquillo
- ❖ La descrizione dell'incidente deve essere chiara ed individuare il probabile esito
- ❖ Deve esserci una esplicita e sincera dichiarazione di scuse e rincrescimento
- ❖ Deve esserci l'assicurazione di tutti gli interventi diagnostici e terapeutici per evitare o mitigare le conseguenze
- ❖ Devono essere comunicate le misure adottate per prevenire il verificarsi dell'evento
- ❖ Deve essere dichiarata la disponibilità ad ogni ulteriore chiarimento
- ❖ Se del caso devono essere chiarite le procedure ed i contatti per l'eventuale risarcimento
- ❖ Devono essere date informazioni e contatti per il supporto psicologico
- ❖ Devono essere riferiti i dettagli della eventuale inchiesta interna

LA CARTA DEI SERVIZI: LA FUNZIONE

- È volta alla tutela dei diritti degli utenti: non si tratta di tutela intesa come formale riconoscimento di garanzie al cittadino ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo sulla qualità dei servizi erogati
- Costituisce un patto fra soggetto erogatore e beneficiario della prestazione, finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti
- È documento dinamico soggetto a continui momenti di verifica, miglioramento ed integrazione

Da “Con cura” – Atul Gawande, 2007

Migliorare è una fatica continua.

Trovate qualcosa da sperimentare, qualcosa da cambiare:

Contate quante volte avete successo e quante no.

Scrivetene.

Chiedete alla gente cosa ne pensa. Sforzatevi di tenere viva la conversazione.

GRAZIE DELL'ATTENZIONE