

## **Il modello toscano per la Gestione del Rischio Clinico**

Riccardo Tartaglia, Sara Albolino, Tommaso Bellandi, – centro GRC, Regione Toscana

### **Il centro regionale per la Gestione del Rischio clinico**

I dati della letteratura internazionale ormai da anni affermano la gravità del problema del rischio clinico, sia in termini di costi umani che economici. La chiamata all'azione dei più autorevoli istituti scientifici per migliorare la sicurezza dei pazienti non pare caduta nel vuoto, anche se molti buoni propositi non si sono poi tradotti in realtà. Nel panorama nazionale italiano il centro GRC è la prima struttura che si propone di organizzare un sistema per la gestione del rischio clinico a livello regionale.

Il centro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente è una struttura di governo clinico, collocata all'interno della direzione generale Diritto alla Salute della Regione Toscana, organo di governo della sanità toscana. Il centro GRC ha il compito di promuovere e coordinare le iniziative per la sicurezza del paziente nel sistema sanitario toscano.

Il centro è composto da un responsabile, un comitato scientifico ed uno staff interdisciplinare. Lo staff è formato da 4 professionisti provenienti dall'area delle scienze della comunicazione, gli studi socio-organizzativi ed il disegno industriale, coordinati dal responsabile, medico del lavoro ed ergonomo certificato. Il comitato scientifico è composto da autorevoli personalità provenienti dal mondo accademico e professionale, della medicina, delle scienze infermieristiche, dall'ergonomia e fattore umano.

Lo scoglio più difficile da affrontare per chi ha iniziato a promuovere programmi di gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie è stata sicuramente la complessità del problema, a livello organizzativo, insieme alla delicatezza degli equilibri professionali da mettere in discussione. Gestire il rischio clinico è un problema complesso perché significa innanzi tutto identificare le criticità ed analizzare i processi di erogazione e produzione dei servizi, che coinvolgono numerosi attori interagenti sul territorio ed all'interno delle strutture sanitarie. Tali processi sono poi tutt'altro che uniformi, per cui le criticità che si possono rilevare nell'analisi sono spesso legate a pratiche e contingenze locali, cosicché l'individuazione di azioni di miglioramento deve di volta in volta tener conto delle specificità dei casi prima di implementare cambiamenti a livello di sistema. Parlare di rischio clinico significa anche considerare gli errori commessi dai professionisti sanitari e non, per cui la questione richiede la massima delicatezza, visto che quando c'è l'errore si è abituati a ricercare immediatamente un colpevole, piuttosto che le condizioni che lo hanno favorito. Questo è un problema che richiede un grosso cambiamento culturale per essere affrontato: solo riconsiderando l'errore come un'occasione di apprendimento anziché come una colpa, si può pensare di pretendere dagli operatori sanitari la segnalazione spontanea e l'analisi degli eventi avversi. Di conseguenza, per supportare le esperienze locali di gestione del rischio clinico sviluppate a livello di singola azienda o di singola unità operativa, si pone la necessità di un intervento squisitamente di governance che raccolga il bisogno di cambiamento e lo traduca in azioni di ampio respiro, anche normative, per rinnovare il sistema sanitario ed il rapporto di fiducia con i cittadini.

Il centro regionale GRC, attraverso una delibera dell'organo di governo regionale, ha definito una serie di obiettivi finalizzati alla costruzione di un sistema di gestione del rischio clinico all'interno di ogni azienda sanitaria per migliorare la sicurezza del paziente.

Il centro regionale GRC, attraverso una delibera dell'organo di governo regionale, ha definito una serie di obiettivi da raggiungere al fine di istituire un sistema di gestione del rischio clinico all'interno di ogni azienda e di migliorare globalmente la sicurezza dei pazienti nelle strutture sanitarie toscane.

Gli obiettivi GRC si suddividono in obiettivi a medio-lungo termine ed obiettivi a breve termine, per rispondere da un lato all'esigenza di costruire con un percorso partecipativo un sistema di gestione del rischio clinico in ogni azienda, dall'altro per agire nell'immediato al fine di ridurre i rischi noti e dare visibilità all'impegno delle istituzioni sanitarie per la sicurezza del paziente.

## **Il modello organizzativo per il sistema di Gestione del rischio clinico**

La premessa per l'attuazione del sistema di gestione del rischio è la definizione di un assetto organizzativo aziendale, condiviso a livello regionale, che individui gli attori principali ed i relativi ruoli all'interno del sistema stesso.

All'interno di ciascuna azienda sono stati individuati tre soggetti fondamentali:

- Il **referente per la gestione del rischio clinico** è un dirigente di area biomedica-infermieristica, politecnica o psico-sociale, responsabile del sistema di gestione del rischio clinico. È nominato dalla direzione aziendale ed è tenuto a seguire il corso di formazione organizzato dal centro regionale al fine di poter ottenere l'attestazione come clinical risk manager. Coordina tutte le attività relative alla gestione del rischio clinico all'interno dell'azienda sanitaria, rappresenta l'interfaccia fra l'azienda stessa e l'esterno (area vasta, centro regionale, altre aziende) per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti. Ha il compito di organizzare e coordinare il piano aziendale di gestione del rischio clinico con il supporto del gruppo di lavoro aziendale; fornisce supervisione e supporto ai facilitatori; gestisce il data base dove sono raccolte le informazioni sul rischio clinico e gli alert report; risponde del suo operato al comitato per la sicurezza del paziente ed al centro regionale GRC.
- il **gruppo di lavoro aziendale per la gestione del rischio clinico** coordinato dal referente per la gestione del rischio clinico, è composto da una équipe di lavoro in cui sono presenti professionisti appartenenti alle aree cliniche a maggior rischio. Il gruppo di lavoro è responsabile della fase di attuazione del sistema, è l'interfaccia tra gli operatori della "front line" e la direzione e tutti gli altri attori aziendali che si occupano di rischio clinico sotto diversi aspetti, ovvero gli Uffici Affari Legali, gli Osservatori Medico Legali, gli Uffici Relazioni con il Pubblico. Sintetizza e si fa portatore delle istanze emerse dall'analisi fatta sul campo relativamente ai bisogni di gestione del rischio.
- il **comitato aziendale per la sicurezza del paziente** con funzioni consultive e di indirizzo, rappresenta il commitment aziendale ed in esso sono presenti tutti i responsabili dei dipartimenti o delle unità operative aziendali.

Questi soggetti hanno il compito di definire un piano aziendale per la gestione del rischio clinico e di lavorare in maniera coordinata per realizzarlo.

A livello dell'Unità Operativa, sono previsti due ruoli operativi:

- Il **facilitatore** è la figura che svolge l'importante ruolo di raccolta delle segnalazioni di eventi avversi ed organizzazione dei momenti di analisi mediante audit clinico GRC o rassegna di mortalità e morbilità. È un professionista sensibile agli aspetti di gestione della qualità e della sicurezza. Ha delle buone abilità relazionali riconosciute da parte dei colleghi e dei pazienti. Viene nominato dalla direzione aziendale ed è tenuto a seguire un corso di formazione specifico della durata di almeno 30 ore.
- L'**utente** interno, questo ruolo può essere ricoperto da ogni operatore sanitario che partecipa al piano di gestione del rischio clinico. L'unico requisito per diventare utente è la frequenza dell'operatore al corso di base per la gestione del rischio clinico. L'utente ha il compito di segnalare gli eventi avversi, di partecipare alle iniziative di analisi revisione dei rischi e di attivarsi per migliorare la sicurezza del paziente.

L'attività per la gestione del rischio clinico non si svolge quindi in una struttura ad hoc, piuttosto è distribuita a ciascun livello nel sistema sanitario. Questa scelta è motivata dalla volontà di non delegare una problematica così strettamente legata all'attività di prima linea ad una struttura ad hoc, ma di svilupparla con chi lavora a stretto contatto con i pazienti, dove cioè il rischio viene affrontato

ogni giorno. Solo coinvolgendo gli operatori di prima linea come diretti responsabili nella gestione del rischio è infatti possibile realizzare un vero cambiamento.

In coerenza con quanto detto, l'obiettivo del centro che opera a livello regionale è quello di costruire, all'interno delle aziende e a livello regionale, una struttura a rete per la gestione del rischio clinico. La base di questa rete è lo sviluppo di una comunità di esperti (Wenger, 1994) che grazie allo scambio continuo producono innovazione e miglioramento. I membri di questa comunità appartengono alle diverse figure professionali che convivono nelle strutture sanitarie: medici, infermieri, tecnici, responsabili della qualità e dell'amministrazione. Per affrontare un problema così complesso è di vitale importanza l'interdisciplinarietà, il confronto e la combinazione di punti di vista tra discipline (medicina, ergonomia, management, design, ecc) e professioni (medici, ingegneri, comunicatori, psicologi, ecc.) molto diverse, che possono contribuire alla qualità ed alla sicurezza del sistema sanitario.

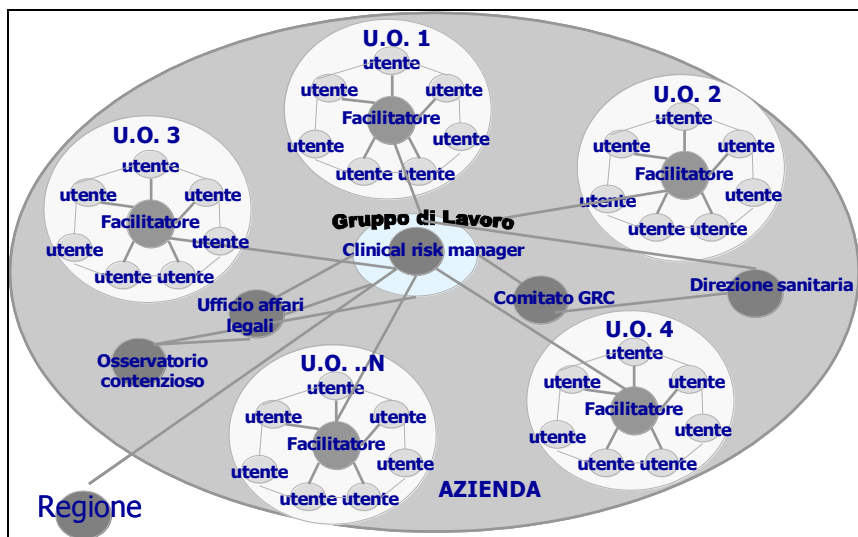


Fig.1 La rete per la gestione del rischio clinico

## Le attività di gestione del rischio clinico

La rete per la gestione del rischio clinico ha come priorità la creazione di un sistema di per la gestione del rischio in ciascuna azienda sanitaria ed a livello regionale.

Le attività fondamentali del sistema di gestione del rischio clinico sono:

### 1. Identificazione del rischio

La identificazione del rischio presente nella struttura in termini qualitativi e quantitativi è il primo passo per attuare il sistema GRC. Esistono diverse fonti informative che contribuiscono alla identificazione delle componenti del rischio.

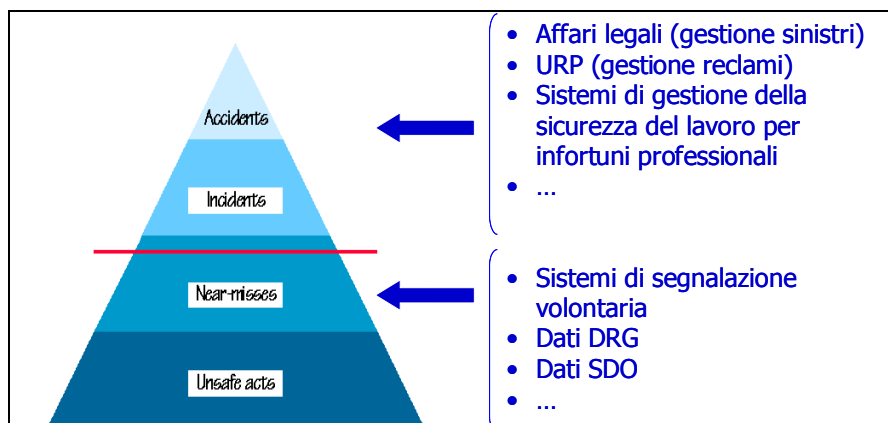


Fig.2 Le fonti di identificazione del rischio

Contribuiscono a fornire informazioni sulla parte emersa visibile del rischio il numero di sinistri aperti in seguito a denunce da parte dei pazienti e dei parenti dei pazienti e i reclami che arrivano all'ufficio relazioni con il pubblico. Mentre per la identificazione della parte sommersa dei rischi, quelli che rimangono latenti difficilmente percepibili dall'esterno, la fonte è il sistema di segnalazione volontaria. La segnalazione avviene tramite una scheda molto semplice resa disponibile sulle intranet aziendali. Presupposto fondamentale per la realizzazione di un sistema di segnalazione volontaria è un clima di fiducia e confidenzialità, che favorisca la condivisione degli eventi critici e che sia basato sull'idea che l'errore è un'occasione di apprendimento. Pertanto è indispensabile la legittimazione da parte di tutta l'organizzazione di questo nuovo modo di vedere l'errore.

## 2. *Analisi del rischio*

L'analisi del rischio. Per l'analisi degli eventi si propongono i metodi dell'audit clinico GRC e della rassegna di mortalità e morbidità (vedi paragrafo successivo). Al termine di ogni analisi viene redatto un alert report che contiene l'analisi del caso e l'indicazione delle azioni di miglioramento da intraprendere per far fronte alle criticità rievate. L>alert report è diffuso tramite la rete aziendale alle strutture interessate ed al centro regionale GRC.

Tale sistema favorisce un costante livello di attenzione e di vigilanza sugli incidenti, facendo comunicare tra loro gli operatori sanitari. I dati che si ottengono non hanno nell'immediato un valore epidemiologico per descrivere in modo esaustivo il fenomeno incidentale. Servono essenzialmente per dare memoria all'organizzazione e a fornire indicazioni per il miglioramento. Nel contempo il sistema favorisce la comunicazione e la circolazione di conoscenze tra i vari attori del sistema in un'ottica di apprendimento continuo.

## **I metodi e gli strumenti per la gestione del rischio clinico**

Uno dei metodi principali impiegati è l'audit clinico che consiste in “una iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli *outcome* 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” (National Health Service Executive, 1996).

Difatti l'audit è un processo strutturato che implica una serie di attività differenti, di cui il momento di confronto e discussione fra i professionisti risulta il più rilevante e delicato. In particolare, l'audit su eventi significativi, qui chiamato “audit clinico GRC”, richiede la presenza di un facilitatore in grado di preparare e gestire tutte le fasi e le persone che vi prendono parte.

Le fasi principali di un audit consistono in:

- 1) *preparazione dell'incontro*: un'accurata preparazione del momento d'incontro e di confronto tra colleghi ha come premessa un'attenta valutazione dei casi da analizzare. I casi di eventi avversi da analizzare sono selezionati seguendo alcuni criteri principali: la frequenza, la rilevanza e il livello di insidiosità per l'operatore e in quello specifico contesto di lavoro. Una volta selezionati i casi, nella fase di preparazione, si ricostruisce l'accaduto attraverso il colloquio con le persone direttamente coinvolte o con quelle che possono avere informazioni sull'evento. Altro elemento importante in questa fase è l'approfondimento della conoscenza del caso attraverso lo studio della letteratura esistente e l'eventuale confronto con esperti della materia, che possono poi partecipare alla discussione come testimoni esterni. E' importante inoltre che e le persone coinvolte vengano invitate a partecipare alla discussione sul caso e sia loro ben chiarito l'obiettivo (ricercare le criticità organizzative e non il colpevole) e lo spirito (imparare dall'errore piuttosto che attribuirlo a qualcuno) della discussione. L'efficacia con la quale viene realizzata questa prima fase è determinante per il successo della successiva.
- 2) *conduzione dell'incontro*: si tratta di un momento di confronto fra pari che ha un forte carattere interdisciplinare coinvolgendo tutte le professionalità interessate dal caso oggetto d'analisi: medici, infermieri e tecnici. Questi incontri sono focalizzati sulla revisione delle fasi del processo di cura che si è concluso con l'evento avverso, al fine di identificare le criticità e proporre le azioni di miglioramento necessarie per prevenire e contenere i rischi rilevati.
- 3) *produzione di un alert report* con le raccomandazioni emerse dalla discussione. L'audit si conclude con la stesura di un report e di un piano di miglioramento, che indichi priorità e responsabilità degli interventi, per far fronte alle criticità rilevate nell'analisi dei casi. Successivamente alla realizzazione delle azioni è prevista la valutazione dei risultati ottenuti nella prevenzione e contenimento dei rischi.

Un audit clinico GRC è un processo strutturato che richiede un impiego consistente di risorse in termini di tempo (preparazione, realizzazione e elaborazione dei risultati) e di persone da coinvolgere (operatori di diverse unità). Per questo si tratta di un metodo che si utilizza in maniera mirata nelle occasioni di eventi avversi valutati come frequenti, rilevanti e particolarmente insidiosi. A fianco all'audit clinico GRC, un altro metodo che segue la stessa logica con un approccio di tipo reattivo, basandosi sulla revisione di casi fra pari è la rassegna di mortalità e morbidità, iniziativa di solito più circoscritta dell'audit clinico GRC (coinvolge gli operatori di un singolo reparto o dipartimento), da cui non scaturisce un report formale relativo a criticità e soluzioni individuate. La revisione dei casi di mortalità e morbidità è un'iniziativa periodica, a cadenza mensile, bisettimanale o settimanale, che si svolge principalmente a livello di unità operativa, in cui si discutono dei casi la cui gestione è risultata particolarmente difficile e che hanno avuto un esito inatteso di mortalità o morbidità.

La “M & M review” è si configura come un’iniziativa di formazione continua orizzontale e pragmatica, in cui il personale si confronta sugli aspetti clinici e gestionali dei casi in esame. Realizzata in maniera frequente e sistematica ha l’obiettivo principale di mantenere, da parte degli operatori, un’attenzione costante sui livelli di rischio insiti nel sistema attraverso la condivisione delle esperienze individuali.

Uno strumento utilizzato all’interno delle revisioni fra pari per strutturare l’analisi del caso è la FMEA (failure modes and effect analysis) finalizzata alla individuazione delle criticità latenti e alla relativa formulazione di ipotesi di miglioramento.

### **Le campagne per la sicurezza del paziente**

La costruzione di un sistema di gestione del rischio all’interno di ciascuna azienda è l’obiettivo a medio lungo termine nel progetto della Regione Toscana, in quanto implica un forte cambiamento culturale che richiede, oltre all’investimento di risorse, un periodo significativo di tempo. Complementare a questo, come obiettivo a breve termine, è la realizzazione di campagne per la sicurezza del paziente su temi specifici, con interventi di informazione e formazione rivolti anche ai cittadini. La realizzazione di campagne incentrate su temi specifici assolve al duplice compito, da una parte di affrontare problemi circoscritti ma comunque significativi per il miglioramento della sicurezza, dall’altra di essere un volano per la realizzazione del cambiamento culturale, presupposto fondamentale per la realizzazione degli obiettivi di lungo termine. Tali campagne vertono su temi caldi per la sicurezza, cioè sui rischi di eventi avversi più frequenti, riportati nella letteratura e per cui esistono soluzioni consolidate di prevenzione efficace, che richiedono soltanto di essere introdotte all’interno delle strutture sanitarie. Le campagne per la sicurezza del paziente si svolgono nel corso dell’anno solare e prevedono:

1. l’identificazione della problematica da affrontare,
2. l’individuazione e la sperimentazione delle soluzioni in aziende pilota,
3. la diffusione della soluzione a tutto il servizio sanitario regionale.

L’identificazione del problema avviene a livello di governo clinico regionale, sulla base delle priorità di politica sanitaria.

Nella fase 2 vengono di volta in volta coinvolti dei soggetti che hanno già sviluppato delle buone prassi sulla materia a livello locale nella singola azienda o unità operativa, ovvero nell’ambito della propria società scientifica. Successivamente, i soggetti che partecipano alla sperimentazione diventano testimonial-promotori della campagna a livello regionale.

Nel 2005 sono in atto due campagne per la sicurezza del paziente, che prevedono la sperimentazione di 4 soluzioni di tipo tecnico, umano e organizzativo.

- Prevenzione delle infezioni ospedaliere:
  - “Mani pulite” per l’igiene di operatori e utenti
  - “L’antibiotico giusto al momento giusto” per un corretto uso di farmaci a rischio
- Prevenzione degli errori di terapia:
  - “Scheda terapeutica unica” per le prescrizioni di farmaci in ospedale
  - “Farma-memo” per tener traccia delle terapie seguite dai pazienti

In Italia, si può stimare che dal 5 all’8% dei pazienti ricoverati contrae un’infezione ospedaliera. Secondo l’ISS circa il 30 % di queste infezioni è prevenibile (*Rapporto ISS, 2001*). Studi internazionali hanno mostrato che quando l’igiene delle mani è osservata attentamente dagli operatori sanitari, si può ottenere una riduzione del tasso di infezioni variabile dal 10 al 50% (*Pittet et Al., 2000*) e che il lavaggio delle mani avviene meno della metà delle volte in cui sarebbe necessario. Pertanto, la campagna “Mani pulite” prevede la sperimentazione di paste a base di alcool per il lavaggio rapido delle mani associata a campagne di informazioni sui rischi della scarsa

igiene delle mani in tutte le strutture sanitarie, come soluzione atta a ridurre il tasso di infezioni (CDC, 2001).

Circa il 50% dei Pazienti ricoverati in Ospedale esegue almeno un trattamento antibiotico e spesso l'utilizzo di questi farmaci è empirico e non standardizzato. L'uso continuo di questi farmaci in ambiente ospedaliero esercita una pressione selettiva sui ceppi batterici favorendo l'emergenza di resistenza. La flora nosocomiale è sempre più rappresentata da ceppi batterici resistenti e lo spettro delle resistenze appare correlabile al tipo e alle modalità di esecuzione della antibiotico-terapia praticata. Pertanto, nell'ambito della campagna "L'antibiotico giusto al momento giusto" si propone di definire procedure ben chiare che prevedono il coinvolgimento tecnico-scientifico dell'infettivologo, come esperto di antibiotico-terapia, all'interno di una apposita attività dipartimentale per definire i campi di utilizzo e le indicazioni degli antibiotici.

Gli errori di terapia sono tra le prime cause di eventi avversi all'interno dei servizi sanitari. I più autorevoli rapporti internazionali sugli errori in sanità riportano dati allarmanti a proposito dei danni provocati ai pazienti da problemi connessi con il processo terapeutico. In uno degli studi più noti è stato rilevato che il 6,5% dei pazienti ammessi in ospedale vanno incontro ad eventi avversi dovuti ad errori di terapia; di questi, l'1% era fatale, il 12% erano rischiosi per la vita e il 30% gravi.

Una delle prime soluzioni per abbattere l'incidenza degli errori di terapia consiste nella messa a punto e nell'adozione della scheda terapeutica unica per la prescrizione, preparazione e somministrazione del farmaco. La scheda terapeutica unica è un eccellente strumento di comunicazione interna, che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati. Per questo consente di far fronte ai problemi di comunicazione, prima causa degli errori di terapia.

Le interazioni tra farmaci sono un altro rischio molto frequente alla base di eventi farmacologici avversi. Già dagli studi clinici degli anni '90 si sapeva che un 50-60% di tutte le reazioni avverse da farmaci avvenivano per interazioni con altri farmaci e che il 7% di tutti i ricoveri ospedalieri era dovuto a questo problema. La complessità dei percorsi terapeutici di alcuni pazienti può diventare una fonte di rischi, se il paziente non è adeguatamente informato sui pericoli delle interazioni tra farmaci. La soluzione a questo tipo di problemi correlati ai farmaci è il farma-memo. Il farma-memo è il tesserino traccia-farmaci che segue il paziente durante tutto il suo percorso terapeutico. Nello specifico della campagna 2005 per la prevenzione degli errori di terapia, ci si propone di sperimentare il farma-memo su un gruppo di pazienti a rischio, i pazienti con disturbi cardiovascolari cronici che seguono terapie anticoagulanti orali a base di warfarin. L'adozione del farma-memo è accompagnata dalla realizzazione e dalla distribuzione di materiale informativo nelle farmacie, negli studi medici e nelle strutture del SSR. Il materiale informativo ha come destinatari sia i pazienti che i medici, i farmacisti e il personale del SSR.

## **Primi risultati**

In ognuna delle 16 aziende sanitarie toscane è stata istituita la figura del referente per la gestione del rischio clinico, si è insediato un comitato aziendale per la sicurezza del paziente ed ha iniziato a lavorare un gruppo aziendale per la gestione del rischio clinico. Sono stati pianificati i corsi di formazione per i facilitatori e per tutti gli operatori sanitari, a partire da quelli delle aree a maggior rischio. Alcune aziende hanno inserito la revisione degli eventi avversi tra gli obiettivi annuali di budget per i responsabili di unità operativa, mentre altre hanno già iniziato a raccogliere le segnalazioni di eventi ed a praticare l'audit clinico GRC.

Al fine di presentare le iniziative GRC in ogni azienda e di ottenere l'impegno del management aziendale per gli obiettivi stabiliti a livello regionale, sono state organizzate dei seminari di lancio in ogni azienda destinate a tutto il personale dirigente. La partecipazione agli eventi è stata notevole, sia in termini di quantità, tra le 60 e le 200 persone a seminario, che di qualità, vista la vivacità dei dibattiti seguiti agli interventi.

Il centro regionale ha organizzato tre edizioni del corso di formazione destinato ai membri dei gruppi aziendali GRC, nella prospettiva di formare i formatori, cioè i professionisti che nelle

aziende sono promotori delle iniziative GRC. E' inoltre iniziato il corso di alta formazione per clinical risk manager organizzato con il laboratorio Management e Sanità. Il corso della durata di due anni tra attività didattica e project work si tiene presso la scuola S. Anna di Pisa.

Le campagne per la sicurezza dei pazienti sono in pieno svolgimento: a seguito di una ricognizione delle buone prassi sviluppate a livello locale sono stati istituiti due gruppi di lavoro regionali, formati dagli esperti di prevenzione delle infezioni ospedaliere e degli errori di terapia e dai referenti GRC. I due gruppi seguono la sperimentazione delle soluzioni in 6 aziende pilota, con la collaborazione dei gruppi aziendali GRC.

A livello regionale è stata attivata una collaborazione con gli osservatori medico-legale sul contenzioso e con gli uffici affari legali, nell'intento di condividere i dati del sistema GRC e delle denunce di sinistri. A questo proposito, è in progettazione un software per la gestione dei sinistri, che farà diventare una parte dei dati del contenzioso un insieme di informazioni utili per la gestione del rischio clinico.

## **Discussione**

In molti paesi i protagonisti del mondo della sanità hanno avviato dei programmi di gestione del rischio clinico a diversi livelli. In Italia ed in Toscana sono emerse esperienze interessanti a livello locale, nate sui bisogni dei professionisti e dei pazienti. Quello che è mancato fino adesso è il supporto degli stakeholders, il cui ruolo è fondamentale per creare le condizioni favorevoli per l'avvento dei sistemi di gestione del rischio clinico. Il centro GRC della Regione Toscana lavora per riempire questa lacuna, seguendo l'esempio delle agenzie che nel mondo anglosassone promuovono le iniziative per la sicurezza del paziente. La disponibilità e l'entusiasmo che i professionisti hanno mostrato è una conferma della bontà delle iniziative avviate nel sistema sanitario toscano. A questo punto la sfida che ci troviamo davanti è rispondere alle aspettative attivando le risorse necessarie al cambiamento. Risorse che in parte il sistema ha già ed attendono solo di essere valorizzate e messe in rete, in parte si possono ottenere nel medio periodo, visto che il miglioramento della sicurezza dei pazienti significa anche risparmio nelle spese assicurative e maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi.

## **Bibliografia**

- T. Bellandi, R. Tartaglia, S. Albolino (2005), "The tuscany's model for clinical risk management", in R. Tartaglia et al. Healthcare systems Ergonomics and Patient Safety, London: Taylor and Francis
- Cohen, M. R. (ed.) 1999, Medication errors (AphA publications, Washington DC)
- Kohn, L. T., Corrigan, J.M., Donaldson, M. S. (eds.) 2000, To err is human buiding a safer health system, (National Academy press, Washington DC)
- Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger TV 2000, Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme, Lancet, 356(9238):1307-12.
- Reason, J. 1997, Managing the risks of organizational accidents, (Ashgate, London)
- R. Tartaglia, S. Bagnara, T. Bellandi, S. Albolino (eds. 2005). Healthcare systems Ergonomics and Patient Safety, London: Taylor and Francis.
- Vincent, C. 2001, Clinical risk management, (BMJ press, London)
- Weick, K. E. and Sutcliffe, K. M. 2001, Managing the unexpected, (Jossey-Bass, San Francisco)