



# Progetto Pilota per la riduzione del Rischio del Paziente

In particolare l'azione costituisce parte della sicurezza del percorso del paziente chirurgico

*Sign-out nella check list nel percorso chirurgico*

Etichettatura del campione chirurgico (incluso nome del paziente e descrizione)

## Surgical Safety Checklist

Before patient leaves operating room

(nurse, anaesthetist and surgeon)

### Nurse Verbally Confirms:

- The name of the procedure
- Completion of instrument, sponge and needle counts
- Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
- Whether there are any equipment problems to be addressed

### To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:

- What are the key concerns for recovery and management of this patient?

\* **2010** Introduzione della Scheda di Non Conformità all'accettazione

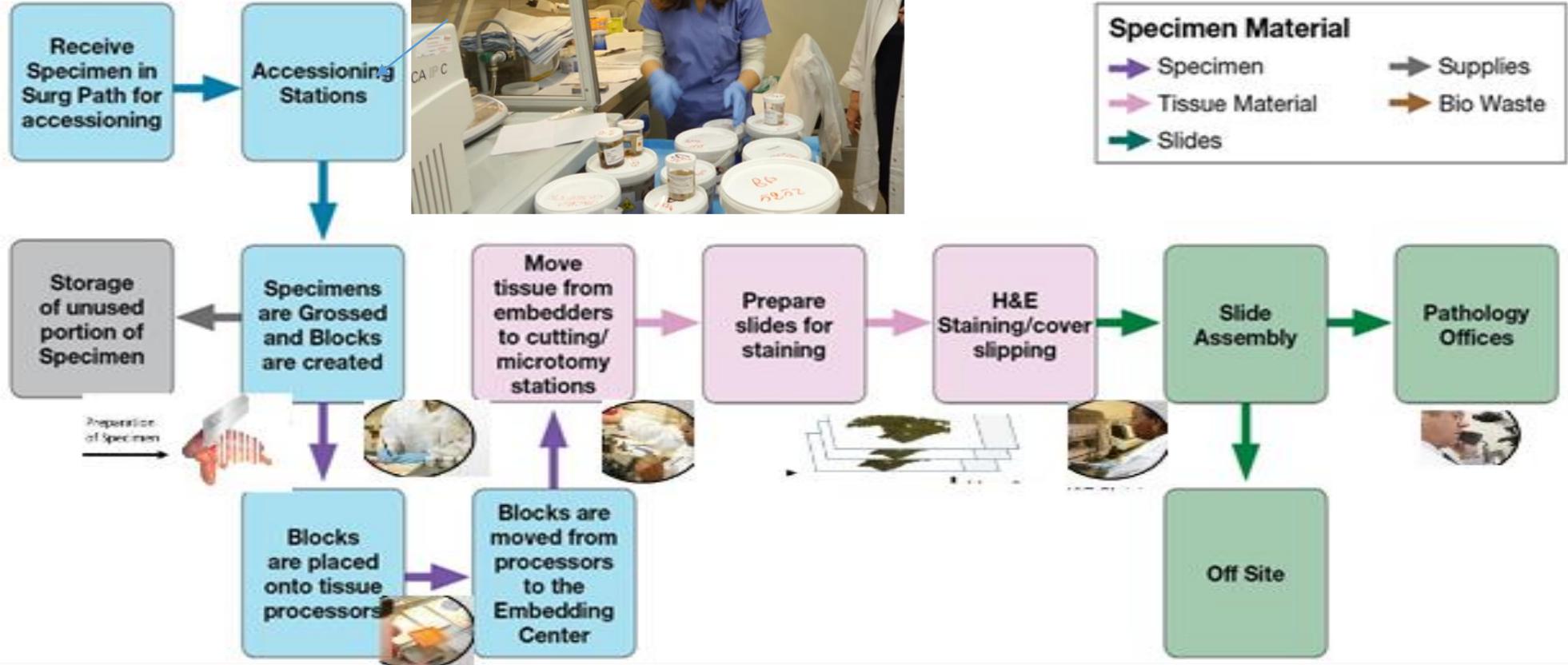
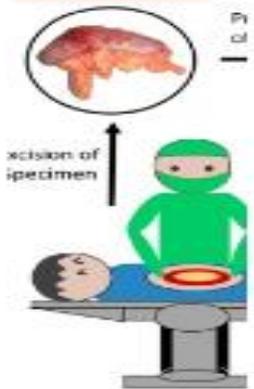
\* **2015** Inserimento della procedura nei documenti consegnati per l'Autorizzazione della SC di Anatomia Patologica a norma della LR 51 / 2009

# Obiettivo : Prevenzione del Rischio

Corretta identificazione del paziente dalla Sala Operatoria all'Accettazione in Anatomia Patologica



## Histology Specimen Workflow Example



# Errata identificazione del Pezzo Chirurgico



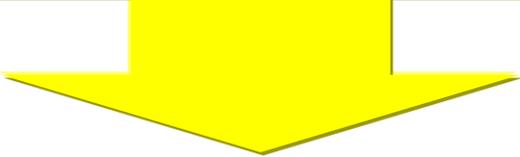
- **Aumento della morbidity**
- **Aumento della mortalità**
- **Aumento dei costi**
- **Errato management del paziente**

**Pertanto l'identificazione dell'errore in fase preanalitica si dimostra un'importante misura della Qualità all'interno di un laboratorio ; tutte le strategie adottate per ridurre l'incidenza di questi errori dovrebbero essere considerata una priorità .L'uso di una procedura codificata per la valutazione della non conformità all'accettazione si è dimostrata utile per ridurre l'incidenza di tali errori.**

**Surgical pathology specimen identification and accessioning:  
A College of American Pathologists Q-Probes Study  
of 1,004,115 cases from 417 institutions.**

**Nakhleh RE, Zarbo RJ. Arch Pathol Lab Med. 1996 Mar;120(3):227-33.**

**1.104.115 casi da 417 istituzioni**



**Errori di identificazione e Errori all'accesso**

**60.042**

**( 6 % )**

***Errors related to specimen identification accounted for 9.6% of these deficiencies, discrepant or missing information items were present in 77%, and 3.6% involved specimen handling.***

# Surgical specimen identification errors: a new measure of quality in surgical care.

[Makary MA](#), [Epstein J](#), [Pronovost PJ](#), [Millman EA](#), [Hartmann EC](#), [Freischlag JA](#).

[Surgery](#). 2007 Apr;141(4):450-5. Epub 2007 Jan 24.

su **21.351** casi

**91** errori

**4.3 / 1000**



Associati con aumentata morbidità, mortalità e costi

Identification errors may be an important measure of patient safety.  
Strategies to reduce the rate of these errors should be a research priority.

**ERRORI DI COMUNICAZIONE**

(Arch Pathol Lab Med. 2011;135:969-974)

**Mislabeling of Cases, Specimens, Blocks, and Slides****A College of American Pathologists Study of 136 Institutions**

Raouf E. Nakhleh, MD; Michael O. Idowu, MD; Rhona J. Souers, MS; Frederick A. Meier, MD; Leonas G. Bekeris, MD

From a total of 427 255 reviewed cases, 1811 cases (0.4%) had some type of mislabeling. In 490 instances (27%; 1.1 cases per 1000), the entire case was mislabeled. In 358 cases (20%), 796 specimens (1 per 1000) of a total 774 373 specimens were mislabeled. In 461 cases (25%), 2172 blocks (1.7 per 1000) of a total of 1304 650 blocks were mislabeled. In 502 cases (28%), 2509 slides (1.1 per 1000) were mislabeled from a total of 2 261 811.

**Table 2. Error Incidents by the Location at Which the Error Occurred**

Location	Cases, No. (n = 490)	Specimens, No. (n = 358 cases)	Blocks, No. (n = 461 cases)	Slides, No. (n = 502 cases)
Before accessioning	155	382 <sup>a</sup>	64 <sup>a</sup>	139 <sup>a</sup>
Accessioning	131	207	300 <sup>a</sup>	206 <sup>a</sup>
Block labeling	83	56	1331	249 <sup>a</sup>
Gross dissection and sectioning	41	48	345	219 <sup>a</sup>
Embedding	1	4	39	46 <sup>a</sup>
Tissue cutting and slide mounting	63	58	75	1546
At microscopy	8	31	11	104
Transcription	8	10	7	0
<b>Total</b>	<b>490</b>	<b>796</b>	<b>2172</b>	<b>2509</b>

<sup>a</sup> Some of the error incidents at this point were due to a cascading effect (eg, 1 mislabeled case leads to 3 mislabeled specimens, 5 mislabeled blocks, and 10 mislabeled slides).

---

**Developing and Pilot Testing Practical Measures of Preanalytic Surgical Specimen Identification Defects**

Paul J. Bixenstine, Richard J. Zarbo, Christine G. Holzmueller, Gayane Yenokyan, Raymond Robinson, Daniel W. Hudson, Arlene M. Prescott, Ron Hubble, Mary M. Murphy, Chris T. George, Rita D'Angelo, Sam R. Watson, Lisa H. Lubomski and Sean M. Berenholtz

*American Journal of Medical Quality* 2013 28: 308 originally published online 15 January 2013  
DOI: 10.1177/1062860612469824

The online version of this article can be found at:  
<http://ajm.sagepub.com/content/28/4/308>

---

Published by:



<http://www.sagepublications.com>

On behalf of:



[American College of Medical Quality](http://www.acmq.org)

**Table 2. Factor Contribution to Errors in Surgical Pathology**

Factor	Contribution
Variable input	Variable input in patient identification and in clinical history leads to errors in surgical pathology.
Complexity	The chance of error increases as a system is more complex.
Inconsistency	Errors may occur with inconsistency in training, individual performance, procedures, communication, and language or diagnostic taxonomy.
Human intervention	Humans do poorly at routine repetitive tasks. Machines are best for routine repetitive tasks but tend to have problems with unanticipated situations.
Time constraints	Batch work and deadlines may force individuals to cut corners or at least work in a hurried mode that may result in errors.
Hand-offs	In surgical pathology, hand-offs of the specimen include specimen collection, labeling, delivery, accessioning, dissection, transfer to cassette, transfer to block, transfer to slide, transcription of findings, and report delivery.
Inflexible hierarchical culture	This type of culture leads to failure because of the inability to adapt and change and the inability to acknowledge the source of errors.

**Patient Safety and Error Reduction in Surgical Pathology**

*Raouf E. Nakhleh, MD*

Anatomia ed Istologia Patologica  
Ospedale San Giovanni di Dio

RILEVAZIONE NON  
CONFORMITÀ



Firenze, 00/00/00

Al Reparto/Distretto: XY

OSPEDALE: SGDD

SEGNALAZIONE NON CONFORMITA' RILEVATE IN ACCETTAZIONE CAMPIONI

Si segnala che sono pervenuti a questa U.O. campione/i della/del

Sig.ra/Sig: ROSSI MARIO

Che presentano :

Grazie per la collaborazione.

DATI ANAGRAFICI INCOMPLETI E/O ERRATI  
MANCATA IDENTIFICAZIONE PAZIENTE SUL CONTENITORE  
MANCATA IDENTIFICAZIONE DEL MATERIALE  
MANCA CORRISPONDENZA FRA RICHIESTA E NUM PRELIEVI  
MANCA IDENTIFICAZIONE DEL MEDICO E/O REPARTO  
MANCA RICHIESTA ESAME CON FIRMA MEDICO  
MANCA CORRISPONDENZA FRA RICHIESTA E CONTENITORE  
MANCA IMPEGNATIVA REGIONALE  
MANCANZA MATERIALE  
FISSATIVO O CONSERVANTE ASSENTE  
FISSATIVO ERRATO  
SVERSAMENTO DEL FISSATIVO  
SVERSAMENTO DEL LIQUIDO BIOLOGICO  
NON CORRISPONDE LISTA INVIO E QUANTO PERVENUTO  
ALTRO

## Tipologie di Non Conformità Anno 2017 (su 31.382 casi di cui Istologici: 23.863 , Citologici: 7.519 )

<b>NUMERO CASI NON CONFORMI E % SUL TOTALE DEI CASI</b>	<b>150 casi (0.5 %)</b>	<b>Per Mille</b>
<b>Errori dei dati relativi al paziente ed al materiale in esame</b>	<b>30 20 %</b>	<b>0,95</b>
→ <b>Assenza di materiale nel contenitore</b>	<b>3 2 %</b>	<b>0.095</b>
<b>Assenza di documenti di accompagnamento ( richiesta , lista di invio )</b>	<b>8 5,33 %</b>	<b>0.25</b>
→ <b>Difformità richiesta /lista di invio e contenitore ( compresi il materiale inviato e la precisazione della sede del prelievo )</b>	<b>51 34 %</b>	<b>1,6</b>
→ <b>Mancata identificazione del paziente sul contenitore</b>	<b>18 12%</b>	<b>0,57</b>
<b>Fissativo errato / non identificato</b>	<b>11 7,33%</b>	<b>0.35</b>
<b>Mancata identificazione richiedente</b>	<b>Dato non pervenuto</b>	<b>Dnp</b>
<b>Sversamenti di formalina</b>	<b>16 10.6 %</b>	<b>0.5</b>
<b>Sversamenti di liquidi biologici (citologici ) per i quali è stato necessario ripetere il prelievo</b>	<b>13 8,6%</b>	<b>0.41</b>

**IL PERCORSO DELLA COMUNICAZIONE:  
LA SCHEDA DELLA NON CONFORMITÀ NEL  
LABORATORIO DI ANATOMIA PATOLOGICA  
N.S.G.D.D.**

Come valutate la scheda di non conformità per la comunicazione dell'errore individuato:

<b>Non rilevante</b>	<b>Abbastanza rilevante</b>	<b>Rilevante</b>	<b>Molto rilevante</b>
----------------------	-----------------------------	------------------	------------------------

Come valutate la sua importanza nel miglioramento del processo di comunicazione:

<b>Insufficiente</b>	<b>Sufficiente</b>	<b>Buona</b>	<b>Molto buona</b>
----------------------	--------------------	--------------	--------------------

Come valutate l'efficacia del metodo di rilevazione dell'errore:

<b>Insufficiente</b>	<b>Sufficiente</b>	<b>Buona</b>	<b>Molto buona</b>
----------------------	--------------------	--------------	--------------------

**PERCORSO DI FEED-BACK:**

Mezzo di comunicazione preferito:

<b>Fax</b>	<b>Telefonata diretta</b>	<b>Posta</b>	<b>e-mail</b>
------------	---------------------------	--------------	---------------

**VOSTRI SUGGERIMENTI:** 

**Ritenete che il sistema adottato sia idoneo ed efficace:**

NELLA <b>PREVENZIONE</b> DELL'ERRORE	<b>No</b>	<b>Si</b>
NELLA <b>GESTIONE</b> DELL'ERRORE	<b>No</b>	<b>Si</b>
ALLA <b>NON COLPEVOLIZZAZIONE</b> DELL'OPERATORE	<b>No</b>	<b>Si</b>

*Certi della Vostra collaborazione, ringraziamo anticipatamente.*

# Considerazioni e Strategie di Miglioramento

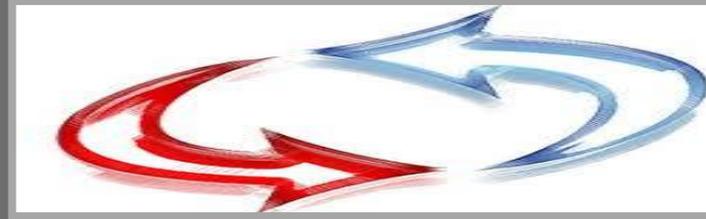
Nel corso degli anni gli errori non hanno subito una grande flessione dal punto di vista quantitativo, si sono differenziati però nella forma e nella gravità.

Cambiamenti sono intervenuti con l'unificazione di due laboratori in un unico punto di affluenza fatto che determina un considerevole aumento di casi all'unica accettazione in cui la N. C. viene misurata

Molti nuovi campioni pervengono da distretti, ambulatori chirurgici e sale operatorie con cui non avevamo contatto e non erano "istruiti" sul nostro metodo di rilevazione e comunicazione ed in particolare sulle pratiche di prelievo e invio dei campioni dalla Letteratura e da noi considerate corrette

Perciò abbiamo considerato diverse Strategie di Miglioramento

# SINERGIA



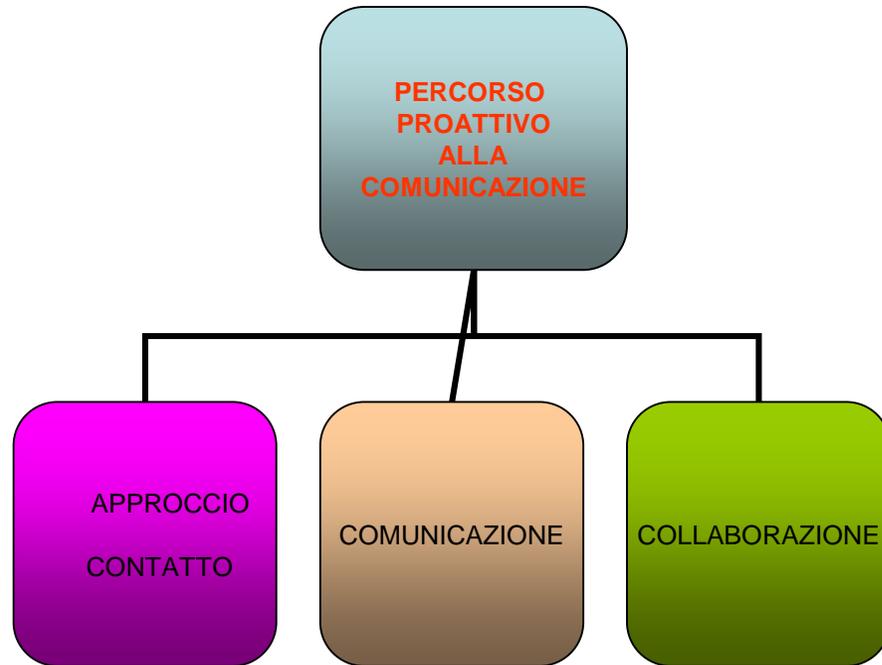
## PERCORSO INTERNO

- Diffusione della Cultura della Consapevolezza del Rischio
- Training a tutto il personale tecnico e medico, diffusione ed applicazione della procedura con il massimo uso delle strumentazioni informatiche
- Analisi dei dati pervenuti con le schede
- Discussione interna sui miglioramenti di Processo da parte della Struttura

# SINERGIA

## PERCORSO ESTERNO

- **Confronto tra tutti gli Attori del Processo**
- **Ottimizzazione del Sistema**
- **Trend verso la Comunicazione Permanente**



- **Audit**
- **Incontri periodici programmati multiprofessionali e multidisciplinari**



# MISTAKE



## Premio ErgoToscana 2018

Grazie



per l'Attenzione