

Glossario *(di riferimento al testo del documento)*

Audit	Talora sinonimo di “revisione tra colleghi o tra pari” (peer review) ed anche di Verifica, Revisione di Qualità. Per lo più si riferisce, invece, ad attività di verifica professionale basata sulla documentazione clinica, volta a valutare, in modo volontario, retrospettivo ed in base a criteri predefiniti, le azioni compiute in contesti e tempi determinati (Zanetti e Coll, 1996).
Cultura dell'apprendimento (just culture)	Tutti all'interno dell'organizzazione comprendono la necessità di conoscere gli errori commessi in quanto fonte di apprendimento per evitare il loro ripetersi.
Cultura della colpevolizzazione (blame culture)	Cultura che porta gli individui a nascondere i loro errori per paura di essere colpevolizzati, puniti, sanzionati.
Errore	Fallimento di una sequenza pianificata di azioni mentali ed attività nel raggiungere l'obiettivo desiderato che non può essere attribuito al caso (Reason, 1990).
Errore attivo	Azione pericolosa, errore commesso da chi è in prima linea nel “sistema”. Ha conseguenze immediate (IOM, 1999).
Errore del sistema	Un difetto, un'interruzione, una disfunzione nei metodi operativi dell'organizzazione, nel processo o nell'infrastruttura; non è il risultato di un'azione individuale, ma il risultato di una serie di azioni e fattori (Quality Interagency Coordination Taskforce).
Errore latente	Errore nella progettazione, nell'organizzazione, nella formazione o nel mantenimento che porta agli errori degli operatori in prima linea e i cui effetti tipicamente rimangono silenti nel sistema per lunghi periodi (IOM 1999).
Evento avverso (Adverse Event; AE)	Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999).
Evento avverso da farmaco (Adverse drug event; ADE)	Ogni incidente nel quale l'uso di un medicamento in qualsiasi dose, di un dispositivo medico, di un prodotto dietetico ha dato come risultato un effetto indesiderato per il paziente (JCAHO, 2001).

Evento sentinella (Sentinel event)	Particolare tipo di indicatore sanitario la cui soglia di allarme è 1. Basta cioè, che il fenomeno relativo si verifichi una volta perché si renda opportuna un'indagine immediata rivolta ad accertare se hanno contribuito al suo verificarsi alcuni fattori che potrebbero essere in futuro corretti. Un evento sentinella è un evento inatteso che comprende la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse (JCAHO, 2001).
FMECA (Failure Mode Effects and Criticality Analysis)	Metodologia di studio sistematica per analizzare i possibili modi in cui un errore può verificarsi. Assunto base è che gli errori possono manifestarsi a prescindere dalla conoscenza degli operatori e dall'accuratezza con cui si svolgono le azioni.
Incidente	Un evento inatteso che si verifica nel corso di un trattamento e che può comportare o potrebbe potenzialmente comportare danno o difetto nell'organizzazione di un sistema.
Mistakes	Errori non commessi durante l'esecuzione pratica dell'azione. Sono errori pregressi che si sviluppano durante i processi di pianificazione di strategie (Reason, 1990).
Near miss event	Situazione o evento che ha causato preoccupazione. Incidente evitato grazie ad un intervento tempestivo di correzione da parte dell'uomo (Nashef; 2003).
Organizzazione ad alta affidabilità (high reliability organization)	Organizzazione che è stata giudicata capace di fornire un prodotto, un'attività, un servizio, rispettando il livello di prestazione richiesto o desiderato e garantendo contemporaneamente un basso tasso di errori o incidenti (Rochilin, 1993). Viene anche definita come organizzazione nearly free error.
Reazione avversa da farmaco (Adverse Drug Reaction; ADR)	Una risposta indesiderata associata all'impiego di un farmaco che compromette la sua efficacia terapeutica, ne aumenta la tossicità o ha entrambi gli effetti. Il farmaco è stato somministrato in dosi appropriate, per la via di somministrazione giusta, con lo scopo di profilassi, diagnosi o trattamento.

Risk management	Attività cliniche ed amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, per lo staff, per i visitatori e i rischi di perdita per l'organizzazione stessa (JCAHO, 2001).
Root Cause Analysis	Processo per identificare le basi o i fattori causali che sono responsabili di una variazione della performance, inclusa l'occorrenza o la possibile occorrenza di un evento sentinella (JCAHO, 1996).
Sicurezza del paziente (patient safety)	La garanzia della sicurezza del paziente include sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore e massimizzano la possibilità di intercettarlo ove questo accada (IOM 1999).
Sistema di report	Sistema con il quale gli eventi avversi, per mezzo di un semplice modulo, vengono segnalati da un qualsiasi membro dello staff ed integrati con uno screening sistematico delle cartelle. Le segnalazioni sono impiegate per creare un database atto ad identificare le situazioni più frequenti e prevenire futuri incidenti (Vincent, Clinical Risk Mangement). Le segnalazioni possono essere volontarie oppure viene richiesto, a coloro che hanno sbagliato, di documentare l'errore commesso.
System Approach	Prospettive per cui il sistema va ridisegnato a vari livelli tenendo conto della sicurezza, perché al singolo individuo sia difficile commettere errori (Sentinel Events: evaluating cause and planning improvement, Oakbrook Terrace, IL: JC 1998).
Thresold (livello soglia)	Soglia accettabile; è un valore o frequenza (espressa come frequenza assoluta, come percentuale o come tasso) di un criterio o di un indicatore al di sopra o al di sotto del quale la qualità non è giudicata accettabile. Nella terminologia originaria della QA era detto standard (QA 3, 1992). Alarm thresold (soglia d'allarme) è il valore o frequenza di un indicatore al di sopra o al di sotto del quale è opportuno avviare una indagine conoscitiva per accettare la eventuale presenza di problemi di qualità modificabili (QA 3,1992).
Violazioni	Deviazioni da procedure operative sicure, standard o regole; possono essere azioni deliberate o erronee (Reason, 1997)