



Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico-Vittorio Emanuele"

Catania

Relazione

Ai sensi dell'art. 2 comma 5
della legge 08 marzo 2017

Anno 2016

Sommario

Introduzione3

1. Eventi sentinella4

2. Incident reporting7

3. Global Trigger Tool10

INTRODUZIONE

Così come affermato dal Manuale del Ministero della Salute “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari” la sicurezza dei pazienti è uno “dei fattori determinanti per la qualità delle cure” e costituisce elemento qualificante del SSN oltre a rappresentare specifico obiettivo assegnato dall’Assessorato Regionale della Salute alle Aziende Sanitarie nell’ambito dei Piani Attuativi Interaziendali.

L’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele, già da molti anni ha implementato, nel quadro del sistema qualità aziendale, misure per il monitoraggio, l’analisi ed il contrasto del rischio clinico.

Si è infatti proceduto già a partire dall’anno 2006 ad introdurre in Azienda un sistema di incident reporting attraverso il quale gli operatori, anche in forma anonima e confidenziale, hanno proceduto a segnalare sia possibili eventi avversi che near miss.

Tale sistema di segnalazione, nel corso degli ultimi anni, ha affiancato alla sua versione cartacea una sovrapponibile versione in formato elettronico.

Accanto al sistema di incident reporting, l’azienda ha anche attivato, in ragione di quanto previsto dal Ministero della salute, il programma per la segnalazione degli eventi sentinella attraverso il quale a partire dall’anno 2010 sono stati segnalati 75 eventi.

I due sistemi sopra citati, incident reporting e segnalazione degli eventi sentinella come tutti i sistemi di segnalazione che hanno una base prevalentemente volontaria risentono del livello di collaborazione e della sensibilità degli operatori sui temi della sicurezza.

I ricercatori di sanità pubblica hanno stabilito che solo il 10-20% degli errori vengono segnalati e, di questi, il 90-95% non causa alcun danno ai pazienti. Gli ospedali hanno pertanto bisogno di un modo più efficace per identificare gli eventi che causano danni ai pazienti, al fine di quantificare il grado e la gravità degli stessi, e per individuare e testare appropriate azioni correttive.

Pertanto al fine di individuare il maggior numero di eventi che hanno causato danni o potenzialmente in grado di causare danno, l’Azienda partecipa, in qualità di capofila, al progetto regionale Global Trigger Tool, metodologia predisposta dall’IHI per la quantificazione degli eventi avversi, per la loro identificazione e per il monitoraggio nel tempo.

La metodologia Global Trigger Tool (GTT) si basa su una revisione retrospettiva di un campione casuale di cartelle cliniche ospedaliere per la ricerca di “trigger” (o indizi) finalizzati a identificare possibili eventi avversi, al fine di avviare azioni correttive che siano applicabili, oltre che per il singolo caso a tutto l’ambito aziendale.

La metodologia, il limite di tempo consigliato per la revisione e la selezione casuale dei ricoveri sono stati progettati per produrre un campione di cartelle cliniche sufficiente per determinare i tassi di eventi avversi e per monitorare i miglioramenti nel tempo.

Con la presente relazione, nello spirito di quanto previsto dall’art. 2 comma 5 della legge n° 24 dell’08 marzo 2017, intendono rappresentare a consuntivo gli eventi avversi registrati nel corso dell’anno 2016

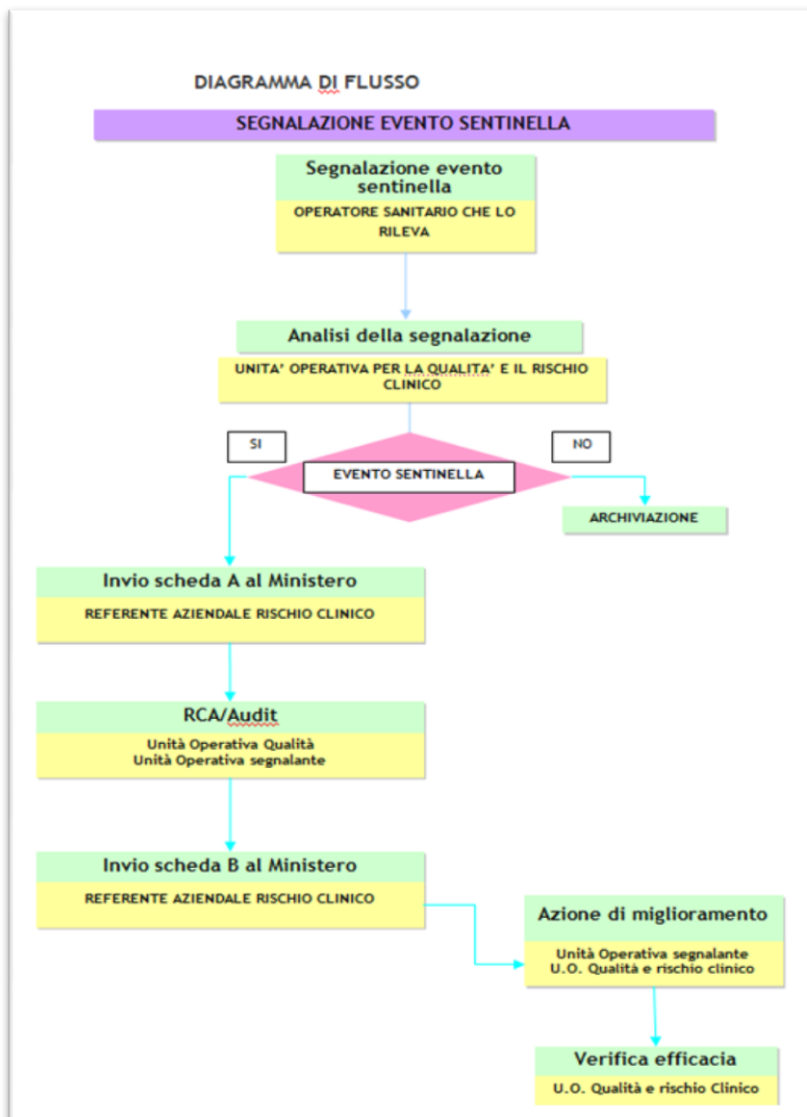
presso le strutture aziendali, segnalati con i tradizionali sistemi di incident reporting e con gli eventi sentinella o individuati tramite l'applicazione della metodologia global trigger tool.

Verranno altresì rappresentate le misure di miglioramento avviate per il superamento delle criticità evidenziate.

4. Eventi sentinella

Nel corso dell'anno 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato il Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, in attuazione di quanto deciso dall'intesa Stato/Regioni del 20 marzo 2008 nell'ambito delle quale è stata prevista l'attivazione dell'Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella.

Già a partire dall'anno 2010 l'Azienda ha proceduto alla segnalazione degli eventi sentinella e all'analisi delle cause che hanno determinato l'evento, utilizzando lo schema di segnalazione riportato nel seguente diagramma di flusso:



Dal momento dell'attivazione del percorso di segnalazione degli eventi sentinella, più volte si è proceduto ad indicare alle Unità Operative le modalità attraverso le quali effettuare la segnalazione stessa, peraltro ribadite nel corso dell'anno 2016 con nota del responsabile della U.O. Qualità e Rischio Clinico, dr. Vincenzo Parrinello, trasmessa ai Direttori, ai referenti qualità e ai coordinatori infermieristici delle unità operative aziendali (prot 6125 del 18 luglio 2016).

Le cause che hanno determinato l'evento, in relazione a quanto previsto dal Protocollo ministeriale, sono state approfondite mediante tecniche di analisi del rischio, quali l'audit o la root cause analysis.

Tali tecniche di analisi sono state peraltro oggetto di specifiche attività formative sia in ambito aziendale che interaziendale, in ragione degli obiettivi assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute con il Piano Attuativo Interaziendale dell'area metropolitana di Catania.

In particolare, dal momento dell'attivazione del flusso, sono stati segnalati :

- 4 casi nel corso dell'anno 2010
- 12 casi nel corso dell'anno 2011;
- 13 casi nel corso dell'anno 2012;
- 11 casi nel corso dell'anno 2013;
- 15 casi nel corso dell'anno 2014;
- 12 casi nel corso dell'anno 2015;
- 4 casi nel corso dell'anno 2016;
- 4 casi nel corso dell'anno 2017 (30 aprile)

In relazione alla frequenza degli eventi si evidenziano, fino all'aprile 2017:

Evento sentinella	N° casi
Morte o grave danno per caduta di paziente	28
Atti di violenza a danno di operatore	20
Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico	7
Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	4
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	4
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	3
Errata procedura su paziente corretto	2
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	2
Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	2

Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	1
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	1
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	1

Peraltro, occorre segnalare che l'azienda, nell'ambito del proprio sistema qualità, ha implementato una serie di regolamenti e procedure, con la relativa modulistica laddove necessaria, volte a ridurre i rischi collegati ad alcuni degli eventi sopra indicati:

Regolamento Prevenzione rischio di caduta

Regolamento misure preoperatorie generali

Regolamento Prevenzione del rischio nella gestione dei farmaci

Regolamento Modalità di compilazione della richiesta di esame cito-istologico, di identificazione, invio, trasporto e raccolta dei campioni cito-istologici

Regolamento Indicazioni all'uso degli emocomponenti e degli emoderivati

Regolamento Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio

Regolamento Modalità di utilizzo dell'elettrobisturi

Procedura Modalità di identificazione del paziente

Procedura Modalità di identificazione del paziente prima della trasfusione

Procedura Modalità di identificazione e marcatura del sito chirurgico

Tutti regolamenti, le procedure, la modulistica allegate, ivi compresi quelli sopra riportati, e le raccomandazioni del Ministero della salute sono rese disponibili attraverso il sito dell'Unità Operativa Qualità e Rischio clinico <http://www.qualita.csmct.it>

Relativamente all'anno 2016 sono stati segnalati 4 eventi sentinella, di cui 3 da riferirsi a cadute di pazienti che hanno determinato traumi maggiori e uno ad aggressione di un dirigente medico del Pronto Soccorso Generale dell'azienda.

Lista eventi sentinella								
	Tipologia Evento	Identif. Evento	Data Evento	Regione	Struttura Sanitaria	Residue gg per RCA	Stato scheda A	Stato scheda B
○	MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	7111	11/11/2016	SICILIA	PRESIDIO OSPEDALIERO GASPARE RODOLICO	Inviata	SCHEDA A - VALIDATA	SCHEDA B - VALIDATA
○	ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	7017	16/09/2016	SICILIA	PRESIDIO OSPEDALIERO VITTORIO EMANUELE	Inviata	SCHEDA A - VALIDATA REGIONE	SCHEDA B - VALIDATA REGIONE
○	MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	6967	31/08/2016	SICILIA	PRESIDIO OSPEDALIERO VITTORIO EMANUELE	Inviata	SCHEDA A - VALIDATA REGIONE	SCHEDA B - VALIDATA
○	MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	6883	28/06/2016	SICILIA	PRESIDIO OSPEDALIERO GASPARE RODOLICO	Inviata	SCHEDA A - VALIDATA REGIONE	SCHEDA B - VALIDATA REGIONE

Ambedue le categorie di eventi rientrano tra quelli maggiormente rappresentati a livello aziendale e nazionale.

Gli eventi dopo la segnalazione al Ministero della Salute ed all'Assessorato Regionale della Salute sono stati analizzati con la collaborazione delle Unità Operative interessate, ed è stata eseguita un'analisi dei fattori che possono aver contribuito al determinarsi dell'evento, al fine di implementare le necessarie azioni di miglioramento.

L'analisi di tali eventi ha fatto emergere le seguenti criticità: problemi di comunicazione medico-paziente, problemi di comunicazione fra operatori, insufficiente adesione alle procedure e ai regolamenti adottati dall'Azienda.

In ogni caso le segnalazioni hanno consentito all'Azienda di intervenire con azioni correttive nei casi segnalati ed in particolare:

- Per il contenimento dei danni conseguenti a caduta di paziente, sono state effettuate le seguenti azioni di miglioramento:
 - Richiesta al Settore Tecnico di eseguire una ricognizione della dotazione di barelle e del loro stato, con particolare riferimento a quelle utilizzate per il trasbordo dei pazienti sul letto di radiologia, al fine di sostituire quelle obsolete e/o ritenute inadeguate;
 - Nota del Direttore Sanitario al Settore Tecnico per valutazione dello stato delle porte REI ed in particolare dei fermi di chiusura delle stesse, l'eccessiva fuoriuscita di uno di questi dal piano di calpestio ha costituito inciampo con conseguente caduta di un paziente;
 - Nota del direttore Sanitario ai direttori delle Unità Operative e ai coordinatori infermieristici con l'indicazione a tenere chiusa una delle ante delle porte REI affinché il fermo delle stesse non costituisca ostacolo alla deambulazione dei pazienti;
 - Continuazione dell'attività di formazione e della diffusione delle procedure aziendali, fra le quali il regolamento per la prevenzione del rischio di caduta, che nel corso del 2016 si è sviluppata in 15 edizioni per 265 partecipanti.
- Per l'evento sentinella atti di violenza a danno di operatori, segnalate dal pronto soccorso generale, sono state avviate le seguenti azioni di miglioramento:
 - Rafforzamento della presenza del personale di vigilanza all'interno del PS;
 - Rafforzamento delle misure per limitare l'accesso di veicoli non autorizzati al P.O. Vittorio Emanuele con particolare riferimento alle adiacenze dell'area di emergenza;
 - Incontro con la Polizia di Stato per la condivisione di misure a contrasto degli episodi di violenza a danno degli operatori. L'incontro fra dirigenti della Polizia di Stato, Direzione aziendale e operatori del PS è stato tenuto presso l'auditorium "A. Mazzeo" del P.O. Vittorio Emanuele;
 - Costituzione di parte civile dell'azienda nei confronti di coloro i quali compiono atti di violenza agli operatori;

Numero progressivo	Soggetto emittente	Deliberazione numero	Deliberazione data	Data pubblicazione	Data scadenza	Oggetto	Allegato
898/2017	Deliberazioni del Direttore Generale dal 23/03/2015	857/2017	30/05/2017	31/05/2017	15/06/2017	CONFERIMENTO INCARICO DI ASSISTENZA LEGALE NEL PROCEDIMENTO PENALE N. 18/17 R.G.N.R. – N. 1184/17 R.G.G.I.P. AGGRESSIONE A DOTT. R.C.P. PRESSO IL P.S. VITTORIO EMANUELE.	N. 857_17 DG.pdf
1/2017	Deliberazioni del Direttore Generale dal 23/03/2015	1/2017	03/01/2017	04/01/2017	19/01/2017	CONFERIMENTO INCARICO DI ASSISTENZA LEGALE. AGGRESSIONE A DOTT. R.C.P. PRESSO IL P.S. VITTORIO EMANUELE	N. 01_17 DG.pdf
1632/2016	Deliberazioni del Direttore Generale dal 23/03/2015	1580/2016	23/09/2016	24/09/2016	09/10/2016	CONFERIMENTO INCARICO DI ASSISTENZA LEGALE. AGGRESSIONE A DOTT.SSA S.A. PRESSO IL P.S. VITTORIO EMANUELE	N. 1580_16 DG.pdf
350/2015	Deliberazioni del Direttore Generale dal 23/03/2015	1098/2015	14/10/2015	15/10/2015	30/10/2015	CONFERIMENTO INCARICO DI ASSISTENZA LEGALE. AGGRESSIONE A PERSONALE INFERMIERISTICO AL P.S. VITTORIO EMANUELE	N. 1098_15 DG.pdf

2 Incident Reporting

L'incident reporting è una modalità di raccolta strutturata delle segnalazioni che gli operatori sanitari fanno, in maniera anonima e volontaria, degli eventi indesiderati e dei near miss.

Questo strumento, adottato in azienda già dal 2006, è uno dei sistemi che ha permesso alla U.O. Qualità e Rischio Clinico di raccogliere dati ed eseguire analisi su di una serie di venti avversi o near miss per la programmazione di strategie e lo svolgimento di azioni di miglioramento atte a prevenire che gli eventi avversi registrati o i quasi- eventi possano verificarsi in futuro

Per facilitare la segnalazione, nella nostra azienda sono stati predisposti un modulo, cartaceo ed una versione informatizzata del modulo stesso, a cui possono accedere tutti gli operatori collegandosi alla pagina “qualità e rischio clinico” del sito web aziendale nella sezione modulistica. <http://www.qualita.csmct.it/node/78> .

Di seguito si riporta il modulo di segnalazione:

Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele" Catania Unità Operativa per la Qualità e Rischio Clinico Responsabile: dott. Vincenzo Parvieto			
scheda per la segnalazione di eventi avversi o mancati incidenti			
<i>I dati della presente scheda sono assolutamente riservati e dalle informazioni in essa contenute non potranno prendere servizio azioni giudiziarie o disciplinari; tali dati verranno utilizzati esclusivamente per il miglioramento della gestione del rischio clinico.</i>			
	UNITA OPERATIVA	COGNOME E NOME	QUALIFICA
	Facoltativo	Facoltativo	<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> ASSOCIATO <input type="checkbox"/> INFERMIERE <input type="checkbox"/> ALTRO
Paziente	COGNOME E NOME		
Dove è successo?	<input type="checkbox"/> Sala operatoria <input type="checkbox"/> Camera degenza <input type="checkbox"/> Bagno	<input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Corridoio esterno all'U.O. <input type="checkbox"/> Visi Presidio	<input type="checkbox"/> Ambulanza <input type="checkbox"/> Altro
Cosa è successo?	anni		
Cosa si è reso necessario fare?	<input type="checkbox"/> niente <input type="checkbox"/> osservazioni e monitoraggio ulteriori <input type="checkbox"/> eseguire indagini diagnostiche <input type="checkbox"/> somministrare farmaci <input type="checkbox"/> cancellare un trattamento/procedura	<input type="checkbox"/> riavviare il trattamento/procedura <input type="checkbox"/> trasferire ad altra U.O. <input type="checkbox"/> intervento chirurgico <input type="checkbox"/> ricovero in ospedale	
Quali esiti ha comportato l'evento?	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> danno al paziente con disabilità temporanea <input type="checkbox"/> danno al paziente con disabilità permanente <input type="checkbox"/> decesso		
Modulo "Segnalazione incidenti mancati/eventi avversi" Pagina 1 di 2 M_PQ-8-02_3 ed. 1 rev. 01 del 30 luglio 2014			

Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele" Catania Unità Operativa per la Qualità e Rischio Clinico Responsabile: dott. Vincenzo Parvieto				
Perché è successo?	<input type="checkbox"/> personale di nuova assunzione <input type="checkbox"/> mancanza di esperienza <input type="checkbox"/> non conoscenza di una procedura esistente <input type="checkbox"/> distrazione <input type="checkbox"/> dimenticanza <input type="checkbox"/> mancata applicazione di una procedura nota <input type="checkbox"/> fretta	<input type="checkbox"/> comunicazione interna <input type="checkbox"/> calligrafia illeggibile <input type="checkbox"/> prescrizione <input type="checkbox"/> prescrizione poco chiara <input type="checkbox"/> conseguenze incomplete <input type="checkbox"/> mancanza di bracciale identificativo <input type="checkbox"/> mancata applicazione di una procedura nota <input type="checkbox"/> definizione di ruoli e responsabilità assenti o poco chiara	<input type="checkbox"/> Organizzazione <input type="checkbox"/> mancanza di procedura scritta <input type="checkbox"/> carenza di personale <input type="checkbox"/> impossibilità ad applicare una procedura esistente <input type="checkbox"/> equilibrio nella attribuzione dei compiti <input type="checkbox"/> carenze manutenzione apparecchiatura <input type="checkbox"/> corretto utilizzo apparecchiatura <input type="checkbox"/> mancanza di supervisione	<input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> non collaborante <input type="checkbox"/> rapporto conflittuale <input type="checkbox"/> straniero <input type="checkbox"/> fattori costituzionali e/o anatomici <input type="checkbox"/> fattori legati alla patologia <input type="checkbox"/> comunicazione <input type="checkbox"/> informazione
Ci sono stati fattori che possono aver ridotto l'evento?	<input type="checkbox"/> individuazione precoce <input type="checkbox"/> buona assistenza <input type="checkbox"/> rispetto di una procedura <input type="checkbox"/> fortuna			
Valutazione dell'evento				
<input type="checkbox"/> nessun esito	L'evento non ha provocato nessun danno			
<input type="checkbox"/> esito minore	L'evento ha richiesto osservazioni e/o monitoraggio ulteriori			
<input type="checkbox"/> esito moderato	L'evento ha richiesto indagini diagnostiche (ex: esami di laboratorio, diagnostica per immagini) e/o trattamenti minori (ex: bendaggi, somministrazione di farmaci...)			
<input type="checkbox"/> esito significativo	L'evento ha comportato un danno che richiede intervento chirurgico oppure ha comportato la cancellazione o posticipazione del trattamento e/o trasferimento ad altra U.O. ma senza il prolungamento della degenza			
<input type="checkbox"/> esito severo	L'evento ha richiesto l'ammissione in ospedale o prolungamento della degenza			
<input type="checkbox"/> evento sentinella	L'evento ha comportato una disabilità permanente o ha contribuito al decesso			
inviare in busta chiusa a: U.O. per la Qualità - Scuola per la Gestione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari Presidio Vittorio Emanuele Fax 095 7436620; e-mail: rischioclinico@iao-ve.it				
Modulo "Segnalazione incidenti mancati/eventi avversi" Pagina 2 di 2 M_PQ-8-02_3 ed. 1 rev. 01 del 30 luglio 2014				

A partire dal 2011 e fino al maggio 2017 con la nuova versione informatizzata dell'incident reporting sono state effettuate circa 58 segnalazioni, di cui:

- 8 casi nel 2011;
- 10 casi nel 2012;
- 16 casi nel 2013;
- 5 casi nel 2014;
- 14 casi nel 2015;
- 2 casi nel 2016;
- 3 casi fino a maggio 2017;

Nel corso dell'anno 2016 sono stati segnalati due eventi con la versione cartacea del modulo e due con la versione informatica; inoltre sono state anche segnalate 16 cadute, di cui tre classificate anche come evento sentinella, registrate con altra scheda e altro flusso informativo.

I due eventi segnalati con la versione cartacea sono da riferirsi ad errori nella somministrazione e preparazione della terapia. In ambedue i casi non vi sono state conseguenze per i pazienti.

Nel caso n° 1 (somministrazione terapia) si è potuto evidenziare che **lo stesso personale di reparto ha proceduto al monitoraggio del paziente**, con allungamento del periodo di degenza, per verificare eventuali possibili effetti dannosi prodotti dalla errata terapia somministrata.

Nel 2° caso (preparazione terapia) essendo insorto il dubbio di un possibile errore di preparazione della terapia, **si è proceduto ad eliminare tutte le infusioni già preparate sostituendole con altre di nuova preparazione**. L'errore potrebbe essere stato determinato dal fatto che i farmaci hanno nome simile (errore definito come sound alike), condizione di rischio prevista dalla procedura aziendale http://www.qualita.csmct.it/sites/default/download/racc/regaz/reg_san/Prevenzione-del-rischio-nella-gestione-dei-farmaci.pdf.

I due eventi segnalati con la versione cartacea sono da riferirsi a:

1. una richiesta trasfusionale nella quale era stata evidenziata discordanza fra il gruppo del 1° campione inviato dal reparto di degenza e il controllo inviato per esecuzione del Type and screen dal medesimo reparto. Quale azione immediata **il trasfusionale ha bloccato la procedura**, procedendo a richiedere nuovi prelievi sui quale è stato rideterminato il T/S e il gruppo. Dall'analisi del caso è emersa quale causa principale l'errata identificazione del paziente al primo prelievo.

A tal proposito è da evidenziare che l'azienda ha, da tempo, adottato specifiche procedure per l'identificazione dei pazienti <http://www.qualita.csmct.it/PDF/Modalit%C3%A0-di-identificazione-del-paziente.pdf> e per l'identificazione del paziente prima della trasfusione <http://www.qualita.csmct.it/PDF/Modalit%C3%A0-di-identificazione-del-paziente-prima-della-trasfusione.pdf>

2. preparazione di un farmaco antitumorale sperimentale. La preparazione è stata **bloccata** dall'Unità di preparazione dei Farmaci Antitumorali che ha evidenziato il rischio di sovradosaggio. L'UFA ha effettuato immediata comunicazione al reparto prescrivente. L'azienda ha adottato specifiche procedure relativamente alla modalità di prescrizione, preparazione e trasporto dei farmaci antitumorali http://www.qualita.csmct.it/sites/default/download/racc/regaz/proc_san/Modalit%C3%A0-di-gestione-della-prescrizione-preparazione-e-trasporto-dei-farmaci-antitumorali-PGS-DSA-7-011.pdf, alla gestione dei farmaci sperimentali http://www.qualita.csmct.it/PDF/PGS-DSA-7-02-Gestione-dei-farmaci-per-sperimentazioni-cliniche-14-aprile-2015_copia-controllata2.pdf e alla somministrazione dei farmaci chemioterapici <http://www.qualita.csmct.it/PDF/Procedura-somministrazione-Farmaci-Chemioterapici-PGS-DSA-7-03.pdf>

In ambedue i casi non vi sono state conseguenze per i pazienti poiché i sistemi di controllo sono stati in grado di impedire il verificarsi dell'evento avverso

3 Global Trigger Tool

Come evidenziato nell'introduzione alla presente relazione, in Azienda, al fine di individuare il maggior numero di possibili eventi avversi, è stata introdotta la Metodologia Global Trigger Tool (GTT), come parte di un progetto finanziato dal Ministero della Salute ed esteso alle strutture ospedaliere della regione siciliana.

La metodologia, sviluppata dall'Institute for Healthcare Improvement, (Cambridge, Massachusetts, USA,) vuole rispondere all'esigenza di migliorare l'acquisizione delle informazioni relative ad errori ed eventi avversi che accadono in ospedale e alla necessità di verificare l'efficacia delle azioni di miglioramento introdotte a seguito della rilevazione degli stessi.

La metodologia Global Trigger Tool consiste essenzialmente nella revisione retrospettiva di un campione casuale di cartelle cliniche per la ricerca di "trigger" (o indizi) finalizzati a identificare possibili eventi avversi e si basa su un protocollo che definisce la composizione del team di verifica, le modalità di campionamento delle cartelle cliniche, il processo di revisione, le modalità per individuare un evento avverso, le modalità di elaborazione e analisi dei dati.

Il progetto della regione siciliana ha preso nel 2015, coinvolge tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere, circa 100 UOC delle diverse discipline, circa 300 tra medici, infermieri ed ostetriche che fanno parte dei team di verifica e che sono stati formati all'utilizzo di questa metodologia.

Al 31 dicembre, in ambito regionale, sono state analizzate circa 7000 cartelle cliniche, sono stati individuati circa 900 eventi avversi e sono state intraprese le opportune azioni di miglioramento la cui efficacia è attualmente oggetto di valutazione.

Nel corso dell'anno 2016, presso le strutture della nostra azienda i gruppi di revisori hanno analizzato 539 cartelle, con inserimento dei dati nella piattaforma regionale, che rappresentano l'1,97% rispetto al numero complessivo dei pazienti dimessi in regime ordinario con degenza superiore ad un giorno per l'anno 2016, circa il doppio dell'obiettivo fissato dalla regione pari all'1%,

I gruppi di revisori hanno individuato dall'analisi delle cartelle 281 condizioni da sottoporre ad approfondimenti per valutare la possibile correlazione con i determinarsi di eventi avversi o errori.

È infatti da rilevarsi che non sempre l'individuazione di un trigger è collegato al determinarsi di un evento avverso o a un errore.

Applicando il protocollo di rilevazione gli eventi sono classificati secondo i criteri proposti nella International Classification for Patient Safety (ICPS) –WHO ed. 2009.

Nella nostra azienda secondo la classificazione sopra citata sono stati individuati i seguenti indizi collegati a:

Classificazione	n° casi
processi o procedure cliniche	117
documentazione	1
infezioni associate alle cure	97
farmaci e terapia	16
non classificato	50

Rispetto al campione di cartelle analizzate non sono stati individuati eventi collegati ad altre aree della classificazione ICPS ed in particolare :

- Gestione assistenziale;
- Sangue ed emoderivati;

- Nutrizione;
- Ossigeno/gas medicali;
- Dispositivi medici attrezzature;
- Comportamenti;
- Incidenti al paziente;
- Infrastrutture/edifici;
- Risorse/organizzazione manageriale;

Relativamente all'area processi e procedure cliniche sono stati evidenziate in 65 casi incompletezza nella gestione delle cure e in 52 casi incompletezza nella gestione di procedure, trattamenti o interventi.

Per l'area documentazione in un caso era stata riscontrata una carenza collegata all'assenza della lettera di dimissione.

Per l'area infezioni associate alle cure i 61 casi si riscontravano possibili eventi collegati all'insorgere di un'infezione batterica da organismi identificati, in 6 casi di un'infezione da miceti e in 30 casi di altre infezioni collegate ad organismi non identificati.

Per l'area farmaci e terapia erano stati riscontrati eventi che potevano collegarsi in 15 casi a possibili prescrizioni di quantità errate di farmaco, di cui uno somministrato endovena, e in un caso ad una reazione avversa da farmaci.

Per come previsto dal protocollo di rilevazione della metodologia GTT, tutti i casi sono stati prima analizzati da un team di verifica composto da due revisori con esperienza di tipo clinico; le risultanze proposte dal team di revisore sono successivamente sottoposte a supervisione da altro operatore, estraneo a quella specifica attività di valutazione.

Durante l'analisi delle cartelle è sempre richiesta la disponibilità di un medico della unità operativa in cui viene eseguita la valutazione per rispondere ad eventuali dubbi che possono sorgere in corso di verifica e discutere dello sviluppo di possibili azioni di miglioramento.