



RELAZIONE ANNUALE SULLE ATTIVITA'  
SVOLTE E SUI RISULTATI RAGGIUNTI IN  
RIFERIMENTO AGLI OBIETTIVI PREFISSATI NEL  
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL  
RISCHIO CLINICO – ANNO 2016.

## **Premessa**

Durante il 2016, sono state programmate e sviluppate strategie di intervento ed attività per rendere sempre più efficaci e sicure le strutture sanitarie a disposizione dei cittadini, partendo da quanto previsto dal Piano Attuativo Aziendale 2016 - Area di intervento 2 “Qualità, Governo clinico e Sicurezza dei pazienti”.

Il suddetto programma ha previsto lo sviluppo delle seguenti aree:

1. Organizzazione di supporto alla gestione del rischio clinico;
2. Sviluppo della cultura del rischio clinico;
3. Gestione flussi informativi;
4. Gestione degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei quasi-eventi (near miss);
5. Trasmissione sinistri;
6. Gestione reclami rischio clinico;
7. Gestione Raccomandazioni Ministeriali;
8. Prevenzione delle Infezione Ospedaliere (CIO);
9. Programma Regionale Global Trigger Tool;
10. Programma per il corretto utilizzo della checklist di Sala Operatoria;
11. Implementazione del “Regolamento sulla comunicazione di eventi avversi e eventi senza esito”;
12. Implementazione del Percorso Assistenziale: “NEWS - National Early Warning Score - misurazione standardizzata della gravità della malattia”.

### **1. ORGANIZZAZIONE DI SUPPORTO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

Al fine di definire una struttura organizzativa capillare, è stata confermata la rete dei referenti rischio clinico composta da:

- 6 referenti, uno per ciascun Presidio Ospedaliero della ASP, che hanno il compito di promuovere e realizzare le attività previste dal Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico.
- 3 referenti per il Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
- 32 referenti, una per ciascuna U.O. sanitaria afferente ai Presidi Ospedalieri;

### **2. SVILUPPO DELLA CULTURA DEL RISCHIO CLINICO**

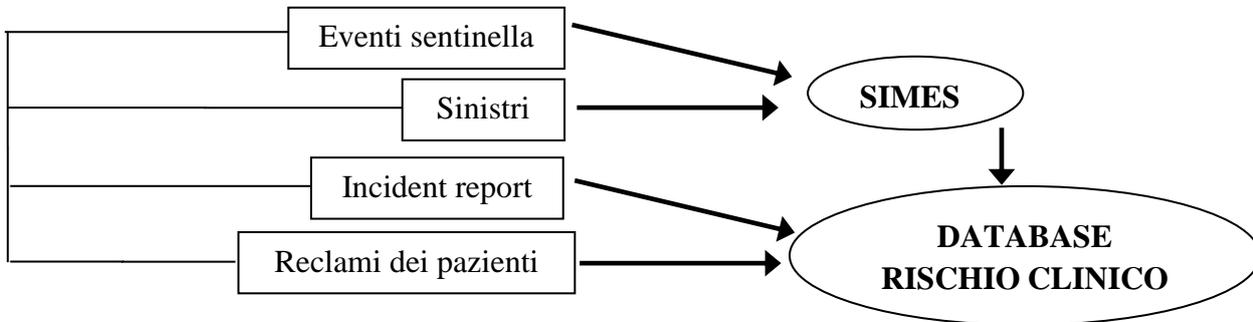
Uno degli aspetti di maggiore importanza, sottolineato dalla letteratura internazionale, riguarda il viraggio da un atteggiamento difensivo ed omertoso ad una cultura finalizzata alla sicurezza del paziente ed alla gestione del rischio clinico.

In quest’ottica, al fine di rendere maggiormente accessibili le informazioni relative alla gestione del rischio clinico, già dal 2011 è stato attivato un sito internet riguardante esclusivamente la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi erogati (<http://qualitarischioclinico.asppalermo.org>).

All’interno del sito è possibile accedere alla documentazione editata dal Ministero della Salute e dall’Assessorato Sanità della Regione Siciliana riguardante il rischio clinico, alle norme di riferimento, al materiale relativo al progetto *Patient Safety* della *Joint Commission International* e ad una selezione di siti nazionali ed internazionali del settore. Inoltre, nella sessione “In evidenza” vengono pubblicate regolarmente le norme di riferimento aggiornate sul rischio clinico e la qualità delle cure nonché le relazioni annuali sulle attività svolte e sui risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi prefissati nel piano aziendale per la gestione del rischio clinico.

### 3. FLUSSI INFORMATIVI

Oltre al flusso informativo previsto dal Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità - SIMES, che riguarda la trasmissione degli eventi sentinella e dei sinistri, sono state attivate altre fonti di dati relativi alla segnalazione spontanea degli eventi avversi, dei quasi eventi e degli eventi senza esito (Incident Report) e dei reclami dei pazienti. I suddetti flussi sono inseriti in un apposito database.



Da una preliminare analisi delle fonti di informazione (tab. 1), le segnalazioni di eventi sentinella rimangono costanti rispetto all'anno precedente mentre si evidenzia una diminuzione delle segnalazioni volontarie (*incident report*) e dei sinistri rispetto al 2015.

Per una più approfondita analisi delle suddette fonti si rimanda ai paragrafi successivi.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Eventi sentinella</b>	10	3	2	1	10	3	3
<b>Incident report</b>	5	70	101	89	110	98	62
<b>Sinistri</b>	69	60	100	152	77	78	47

Tab. 1 distribuzione valori assoluti flussi per annualità.

### 4. GESTIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI E NEAR MISS

E' stato definito e distribuito a tutte le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri e ai Dipartimenti Sanitari il protocollo per la gestione degli eventi avversi che prevede il coinvolgimento dei referenti per la gestione del rischio clinico delle UU.OO. e dei Presidi Ospedalieri e del Risk Manager Aziendale.

Il protocollo è stato pubblicato nel sito internet all'interno della modulistica (<http://qualitarischioclinico.asppalermo.org/>).

Nello specifico, il protocollo prevede che, dopo una tempestiva e preliminare analisi dell'evento effettuata da un'apposita commissione individuata dalla Direzione Sanitaria, se dovessero essere soddisfatti i criteri di inclusione tra gli eventi sentinella, viene effettuata una *root cause analysis* - RCA che, oltre a definire le variabili latenti, individua le azioni di miglioramento da apportare per migliorare gli standard di sicurezza del paziente.

Come previsto dal Decreto ministeriale 11 dicembre 2009, l'evento viene tempestivamente segnalato tramite l'apposita scheda A attraverso il flusso SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità). Entro 45 giorni dalla segnalazione dell'evento, devono essere trasmesse le misure correttive e gli eventuali piani di miglioramento, tramite scheda B.

Nel corso del 2016 sono stati inviati (tab. n.2), tramite flusso SIMES, n. 3 eventi sentinella (due avvenuti nell'ASP Palermo ed uno in una casa di cure privata). In tutti i casi, sono state compilate ed inviate, rispettando i termini temporali, sia la scheda A che la scheda B del flusso SIMES.

Eventi Sentinella segnalati e validati nel 2016		Struttura Sanitaria	
		ASP	Case di Cura Private
1	Morte o grave danno per caduta di paziente	1	1
2	Atti di violenza a danno degli operatori sanitari	1	
Totale		2	1

Tab. 2 – eventi sentinella trasmessi tramite flusso SIMES nel 2016.

A seguito dei tre eventi sentinella sono stati definiti i piani di miglioramento che hanno riguardato cause e fattori legati alla comunicazione, cause e fattori ambientali e cause e fattori legati a revisione di protocolli assistenziali e procedure.

### Eventi avversi e near miss

La segnalazione degli eventi avversi (che non rientrano tra gli eventi sentinella) e dei *near miss* (eventi senza conseguenze per il paziente) prevede la trasmissione di un'apposita scheda di segnalazione volontaria che può essere inviata anche in forma anonima.

Da un punto di vista operativo, a seguito della segnalazione, l'U.O. coinvolta viene contattata e viene avviata un'analisi preliminare dell'accaduto con lo scopo di definire se l'evento, con o senza esito, è un evento avverso o un near miss.

Se l'evento rientra nelle categorie di gravità da livello moderato ad esito severo o, dall'analisi dei dati raggruppati, viene stabilita una frequenza elevata (più di tre eventi senza esito o con esito minore), vengono predisposti dei piani di miglioramento per evitare che l'evento possa ripetersi e viene effettuata una restituzione dell'analisi preliminare alle UU.OO. nelle quali si è verificato l'evento.

### Valutazioni del rischio futuro

Evento potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es. personale insufficiente/pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	Livello 1
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco non somministrato)	Livello 2
Evento effettivo	NESSUN ESITO - evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo, somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3
	ESITO MINORE - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/ nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	Livello 4
	ESITO MODERATO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche minori (es: esame sangue o urine)/trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)/ necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra UO che non richieda il prolungamento della degenza	Livello 6
	ESITO SIGNIFICATIVO - ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/ condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7
	ESITO SEVERO - disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8
Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi	Frequente (più di 3 eventi/anno)	
	Raro (meno di 1 evento/anno)	
Possibile esito di un evento analogo	Esito minore (fino al livello 4)	
	Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)	

Inoltre, qualora l'evento sia stato provocato o avrebbe potuto essere provocato da fattori strutturali per i quali urge un immediato intervento di manutenzione, tramite il flusso di RISK ALERT, viene avvisata l'U.O.C. Progettazione e Manutenzioni del Dipartimento Provveditorato e Tecnico che, tempestivamente, deve provvedere a ripristinare le condizioni di sicurezza per i pazienti. Nel corso del 2016 è stata inviata n.1 scheda di risk alert a cui il Dipartimento ha provveduto nei tempi stabiliti.

Durante il 2016 sono pervenute complessivamente n. 62 segnalazioni di cui n.47 dai PP.OO. e 15 dalle strutture territoriali. Occorre evidenziare che nel corso del 2016 è notevolmente diminuito il flusso di incident report proveniente dai PP.OO. e dal territorio (Tab. 3).

	Segnalazioni 2013	Segnalazioni 2014	Segnalazioni 2015	Segnalazioni 2016
<b>PP.OO.</b>	<b>72</b>	<b>85</b>	<b>74</b>	<b>47</b>
<b>TERRITORIO</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>15</b>
<b>TOTALI</b>	<b>89</b>	<b>110</b>	<b>98</b>	<b>62</b>

Tab. 3 – Incident report PP.OO. e Territorio

	Eventi		
	Con esito	Senza esito	Totali
<b>Presidi Ospedalieri</b>			
“G.F. Ingrassia” - Palermo	15	19	34
“Civico” - Partinico	3	2	5
“Cimino” – Termini Imerese	0	1	1
“Madonna dell'Alto” – Petralia Sottana	1	1	2
“Dei Bianchi” - Corleone	0	0	0
“Villa delle Ginestre” - Palermo	0	2	2
Altro (SPDC in altri PO)	0	3	3
Territorio (RSA; Ambulatori e altro)	8	7	15
Totale complessivo	27	35	62

Al fine di esaminare in dettaglio i dati pervenuti, è stata effettuata una comparazione tra gli eventi con conseguenze per i pazienti che non rientrano tra gli eventi sentinella (Es. traumi minori) e gli eventi senza conseguenze (ritardi di prestazione, prolungamento del ricovero ecc.).

Da una prima analisi dei dati, emerge una differenza significativa tra il totale di eventi con conseguenze per il

paziente (44%) e il totale di eventi senza conseguenze (56%).

Tale differenza aumenta se si considerano le sole segnalazioni provenienti dai PP.OO.: n. 19 eventi con esito (40,4%) Vs. n. 28 eventi senza esito (59,6%).

Non si evidenzia alcuna differenza tra le segnalazioni con e senza esito provenienti dalle strutture territoriali.

## 5. TRASMISSIONE SINISTRI

Al fine di trasmettere i dati relativi ai sinistri tramite flusso SIMES, gli operatori dell'UO Risk Management, recandosi presso l'UO Gestione Sinistri, rilevano direttamente le informazioni previste dal suddetto flusso attraverso una scheda predisposta i cui campi corrispondono al debito informativo richiesto. Nel 2016 sono pervenuti e trasmessi tramite flusso SIMES n. 47 sinistri.

Inoltre, con atto deliberativo n. 0187 del 01/03/2012 è stato istituito il CAVS - Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, come previsto dal D.A. del 28/12/2011 G.U.R.S. n. 2 del 13/01/2012 cui si rimanda per un'approfondita analisi dei dati inerenti i sinistri..

## 6. GESTIONE RECLAMI RISCHIO CLINICO

I reclami dell'utenza che hanno provocato o avrebbero potuto provocare un danno al paziente vengono tempestivamente trasmessi dall'U.O. Comunicazione e Informazione all'UO Risk Management che avvia un'indagine per individuare i possibili fattori latenti e definire eventuali piani di miglioramento. Nel corso

del 2016, su 350 reclami, 2 hanno riguardato il rischio clinico.

I risultati sono riportati nel seguente schema:

	<b>Presidio Ospedaliero/Territorio</b>	<b>Specifico</b>
1	Terrasini – Guardia medica	Rifiuto di accesso del paziente pediatrico in guardia medica
2	P.T.A Enrico Albanese	Mancanza di applicazione delle basilari norme igieniche

## 7. GESTIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Le Raccomandazioni che il Ministero per la Salute elabora periodicamente e pubblica tramite web sono state diffuse a tutte le UU.O.O. direttamente interessate tramite lista di distribuzione e sono state contestualizzate rispetto all'organizzazione e, nella maggior parte dei casi, formalizzate attraverso l'elaborazione di protocolli, regolamenti, manuali e procedure.

Ogni anno viene effettuato il monitoraggio dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali.

Nel corso del 2016 è stata predisposta, come previsto dalla raccomandazione ministeriale n.17, la "Procedura aziendale per la ricognizione e la riconciliazione della terapia farmacologica".

Al fine di applicare la suddetta procedura, è stata effettuata una sperimentazione di due mesi presso le UU.OO.CC. Di Medicina, Geriatria e Chirurgia del P.O. "G. F. Ingrassia".

A conclusione del periodo di sperimentazione, è stato effettuato un audit con i referenti rischio clinico delle UU.OO.CC. coinvolte ed il referente rischio clinico del P.O. "G. F. Ingrassia".

Poiché sono emerse numerose difficoltà relative alla compilazione della scheda cartacea di ricognizione-riconciliazione e alla luce dell'imminente informatizzazione della documentazione clinica, si rimanda l'applicazione della suddetta procedura al 2017.

<b>Raccomandazione</b>	<b>Applicazione</b>
1 - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio – KCL - ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Lista di distribuzione. Monitoraggio applicazione
2 - Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.	Monitoraggio Check list
3 - corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Monitoraggio Check list
4 - prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Procedura aziendale
5 - prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Manuale sul buon uso del sangue
6 - prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Lista di distribuzione
7 - prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Regolamento aziendale
8 - prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Lista di distribuzione – protocollo operativo sulla contenzione
9 - Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/ apparecchi elettromedicali	Lista di distribuzione
10 - Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Non applicabile
11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Procedura aziendale
12 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Lista di distribuzione
13 - La prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura aziendale
14 - La prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Non applicabile
15 - Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	Procedura per il Pronto Soccorso P.O. Ingrassia
16 - Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Lista di distribuzione
17 - Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	in corso di implementazione

Tab. 5 – implementazione raccomandazioni ministeriali nell'ASP Palermo – ANNO 2016.

## 8. PREVENZIONE DELLE INFEZIONE OSPEDALIERE (CIO)

Nel corso del 2016, in collaborazione con il Comitato Infezioni Ospedaliere Aziendale (CIO) e con l'UO Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche, sono state effettuate delle attività inerenti la prevenzione delle infezioni ospedaliere e, nello specifico, a seguito degli audit con i referenti per il rischio clinico delle UU.OO. del P.O. "G. F. Ingrassia", è stata definita una checklist attraverso la quale effettuare il monitoraggio dei seguenti parametri estrapolati dalla Gazzetta Ufficiale N.18 del 20 Aprile 2001 "*Lotta contro le infezioni ospedaliere; elementi oggetto di valutazione per la verifica del raggiungimento degli obiettivi*":

- unghia corte
- assenza di smalto sulle unghia,
- assenza di monili quali anelli e/o bracciali,
- assenza di unghia artificiali e
- soluzione idro-alcolica in tasca

Sono state pertanto effettuate tre osservazioni (febbraio-giugno 2016) dirette alla valutazione dei fattori contribuenti l'insorgenza delle infezioni ospedaliere, come sopra specificato, che hanno coinvolto il P.O. "G. F. Ingrassia" con n.2 osservazioni (una a febbraio e una a giugno), nelle seguenti UU. OO.: Anestesia, Cardiologia, Chirurgia, Ortopedia, Geriatria, Ginecologia, Medicina, Neonatologia, Pronto Soccorso, SPDC, Terapia Intensiva, UTIN – Neonatologia; e n.1 (febbraio 2016) osservazione al centro di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" interessando le UU.OO./ambulatori di: neuropsichiatria, ambulatorio di neurologia, fisioterapia, medicina riabilitativa, terapia del dolore, urologia, radiologia, chirurgia ambulatoriale, ambulatorio di fisioterapia.

Durante la prima valutazione al P.O. "G. F. Ingrassia" sono stati intervistati n.51 operatori di cui n.18 medici, n.27 infermieri, n.3 OSS, n.2 ostetriche e n.1 fisioterapista mentre durante la seconda sono stati intervistati invece n.70 operatori di cui n.32 medici, n.31 infermieri e n.7 OSS. Per quanto riguarda la valutazione effettuata al centro di alta specializzazione "Villa delle Ginestre" sono stati intervistati n.57 operatori di cui: n.15 medici, n.9 infermieri, n.4 OSS, n.4 OSA, n.2 pedagogisti, n.17 fisioterapisti, n.4 tecnici di radiologia, n.1 logopedista, n.1 tecnico ortopedico.

## 9. PROGRAMMA REGIONALE GLOBAL TRIGGER TOOL

Nell'ambito del progetto di Piano Sanitario Nazionale anno 2013, l'Assessore Regionale della Salute, ha approvato il progetto dal titolo "*Strumenti per migliorare la sicurezza del paziente: monitoraggio Global Trigger Tool, eventi avversi, eventi sentinella per migliorare l'implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti*" presentato dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Vittorio Emanuele Catania". Il sistema Global Trigger Tool (GTT) è una metodica del rischio clinico e di monitoraggio delle azioni correttive che consiste nell'analisi retrospettiva di campioni di cartelle cliniche, diretta alla ricerca di una serie codificata di indicatori di possibili eventi avversi.

Nel corso del 2015 è stato avviato il programma di formazione finalizzato alla costituzione del team di verifica, rivolto agli operatori delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie siciliane che sono stati selezionati da un'apposita commissione.

Il team individuato di questa Azienda è stato composto inizialmente da otto operatori di cui sei dirigenti medici provenienti dai PP.OO. e tre operatori delle UU.OO. Qualità e Risk Management.

Il progetto ha previsto anche l'individuazione delle UU.OO. che saranno sottoposte a verifica attraverso la metodologia GTT e, nella nostra Azienda, sono state individuate le UU.OO. di Medicina Interna e di Chirurgia Generale del P.O. "G. F. Ingrassia".

Nel luglio 2016, al fine di poter ampliare l'attività di revisione e quindi di estendere l'applicazione della metodologia *Global Trigger Tool* in altre UU.OO., si è resa necessaria l'emanazione di un nuovo bando assessoriale per l'arruolamento di nuove ed ulteriori unità di personale per lo svolgimento di attività di revisione e supervisione.

#### 10. PROGRAMMA PER IL CORRETTO UTILIZZO DELLA CHECKLIST DI SALA OPERATORIA

Come previsto dal "Programma per il corretto utilizzo della checklist di sala operatoria" (GURS 24/01/2014 n. 4), la nuova checklist per la sicurezza in sala operatoria è stata implementata in tutte le Sale Operatorie.

Nel corso del 2016 è stato monitorato il processo di applicazione della checklist, con particolare attenzione alla tempistica e alle modalità di attuazione, attraverso la metodologia di valutazione on site.

Sono state monitorate con osservazione diretta le sale operatorie dei PP.OO. di questa Azienda come specificato nella seguente tabella:

Presidio Ospedaliero	UU.OO.	n° pazienti operati	N° di Checklist
"Dei Bianchi" Corleone	Ginecologia	1	1
"Civico" Partinico	Ortopedia	2	2
	Chirurgia	2	2
	Ginecologia	2	2
"G.F. Ingrassia" Palermo	Chirurgia	2	2
	Ginecologia	3	3
"Madonna dell'Alto" Petralia Sottana	Ginecologia	2	2
	Chirurgia	2	2
"Cimino" Termini Imerese	ORL	2	2
	Ginecologia	2	2
	Chirurgia	1	1

Su un totale di 21 interventi, sono state regolarmente compilate 21 checklist che, successivamente, sono state inserite nel portale appositamente predisposto dall'Assessorato.

#### 11. REGOLAMENTO SULLA COMUNICAZIONE DI EVENTI AVVERSI E DI EVENTI SENZA ESITO

Al fine di definire ed uniformare le modalità di gestione della comunicazione nel rischio clinico ed in riferimento a quanto specificato nelle "Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in Sanità" del Ministero della Salute (giugno 2011), è stato definito, pubblicato e trasmesso a tutte le UU.OO. assistenziali di questa Azienda il regolamento sulla comunicazione di eventi avversi e di eventi senza esito.

Gli obiettivi del regolamento riguardano la comunicazione degli eventi avversi di particolare gravità (*Adverse event*) cioè quegli eventi inattesi correlati al processo assistenziale e che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile e degli eventi senza esito (*Near Miss Event*), cioè quegli errori che hanno la potenzialità di causare eventi avversi ma che non hanno provocato conseguenze per caso fortuito, o perché intercettati.

Inoltre, il regolamento definisce le modalità di comunicazione interne all'Azienda ed esterne ad essa, quest'ultime definite in collaborazione con l'UO Comunicazione ed Informazione.

## 12. IMPLEMENTAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE: “NEWS - NATIONAL EARLY WARNING SCORE - MISURAZIONE STANDARDIZZATA DELLA GRAVITÀ DELLA MALATTIA”.

Alla luce di quanto previsto dal Decreto Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70 “**Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera**” e, nello specifico: “...*Per promuovere un uso appropriato dell’ospedale, ai fini di migliorare la qualità dell’assistenza offrendo al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche, nel contesto assistenziale più rispondente ai suoi bisogni, e’ indispensabile che le regioni, nel recepire i contenuti del presente provvedimento, adottino anche un atto di indirizzo per le aziende ed enti del Servizio sanitario regionale nonché per le strutture private accreditate, relativo a specifici criteri per l’ammissione ai trattamenti ospedalieri sia di elezione che in condizioni di emergenza-urgenza....*” Questa Azienda ha costituito un gruppo di lavoro per la riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera secondo un approccio che tenga conto dell’intensità di cura. A tale scopo, è stato elaborato un piano di intervento finalizzato a potenziare la sicurezza del paziente che ha previsto l’utilizzazione di uno strumento di “allarme precoce”, in grado di cogliere tempestivamente il deterioramento delle funzioni fisiologiche prima che eventi avversi si verificino a “cascata” e che possa consentire la definizione dell’intensità di cure necessaria.

Tra i diversi sistemi di **EWS** (Early Warning Score) che consentono di identificare le fasi acute di malattia e di predisporre le adeguate cure in uso nell’ambito di contesti sanitari, sia europei che statunitensi, è stato individuato il “National Early Warning Score (NEWS) - linea guida regionale – Regione Toscana - 2014” tradotto e adattato dalla linea guida originale della Royal College of Physicians del luglio 2012, che si fonda sulla registrazione routinaria di parametri fisiologici come base di un sistema di “allarme precoce” per migliorare la diagnosi nell’acuzie e la capacità di cogliere un’eventuale deterioramento delle funzioni fisiologiche nelle fasi acute di malattia, prima che eventuali danni precipitino a cascata.

Dal confronto tra i differenti sistemi di EWS in uso, è stato rilevato che il NEWS ha una capacità di stimare il rischio di morte pari o superiore a quella dei migliori EWS e che analoga è la sua capacità di definire i criteri di allerta. Il NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ha raccomandato questo tipo di approccio nelle malattie acute (Linee Guida GC50 del 2007) e nel NEWS sono stati adottati gli stessi parametri raccomandati nel NICE.

L’implementazione del percorso assistenziale NEWS ha previsto, oltre ad una prima fase di sperimentazione, la formazione agli operatori sanitari (medici ed infermieri) e l’applicazione della scheda di valutazione dei parametri in tutte le Unità Operative di Medicina d’Urgenza e Pronto Soccorso al momento della decisione di ricoverare il paziente, anche in attesa di posto letto, e inoltre in tutti i pazienti in transito in Osservazione Breve Intensiva.