



RELAZIONE ANNUALE SULLE ATTIVITA'
SVOLTE E SUI RISULTATI RAGGIUNTI PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO – ANNO 2017

L'U.O. Risk Management afferisce all'UOC Coordinamento **Staff Strategico** ed ha una dotazione organica composta dallo scrivente, dirigente psicologo, e da due dirigenti medici, uno a tempo pieno ed uno in part time (un giorno la settimana).

Nel corso del 2017 è stato sviluppato un piano di intervento che ha previsto specifiche attività relative alle seguenti aree:

1. Organizzazione di supporto alla gestione del rischio clinico;
2. Sviluppo della cultura del rischio clinico:
 - a. Visibilità;
 - b. Formazione;
3. Gestione flussi informativi;
4. Gestione degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei quasi-eventi (*near miss*)
 - a. Analisi eventi sentinella e relativi piani di miglioramento;
 - b. Analisi eventi avversi e *near miss*;
5. Trasmissione sinistri;
6. Gestione reclami rischio clinico;
7. Gestione Raccomandazioni Ministeriali;
8. Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere;
9. Programma Regionale *Global Trigger Tool*;
10. Programma per il corretto utilizzo della check list di Sala Operatoria;
11. Valutazione partecipata del Percorso Assistenziale: "NEWS - *National Early Warning Score* - misurazione standardizzata della gravità della malattia".
12. Supporto allo sviluppo della cartella clinica informatizzata;

1. ORGANIZZAZIONE DI SUPPORTO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Al fine di definire una struttura organizzativa capillare, è stata organizzata 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 la diffusione di una cultura “*NO blame*” che permetta il viraggio da un atteggiamento difensivo ed omertoso ad un approccio finalizzato alla sicurezza del paziente ed alla gestione del rischio clinico.

In quest’ottica, si è proceduto allo sviluppo di due aree differenti: la visibilità e la formazione.

a) Visibilità

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>) che gestisce direttamente lo scrivente.

All’interno del sito è possibile accedere alla documentazione prodotta 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.

b) Formazione

Un altro aspetto di particolare rilevanza riguarda l’attivazione di percorsi formativi.

Da un punto di vista metodologico, tali percorsi vengono concordati e definiti con i referenti rischio clinico dei PP.OO. al fine di individuare eventuali ambiti sui quali occorre incidere maggiormente.

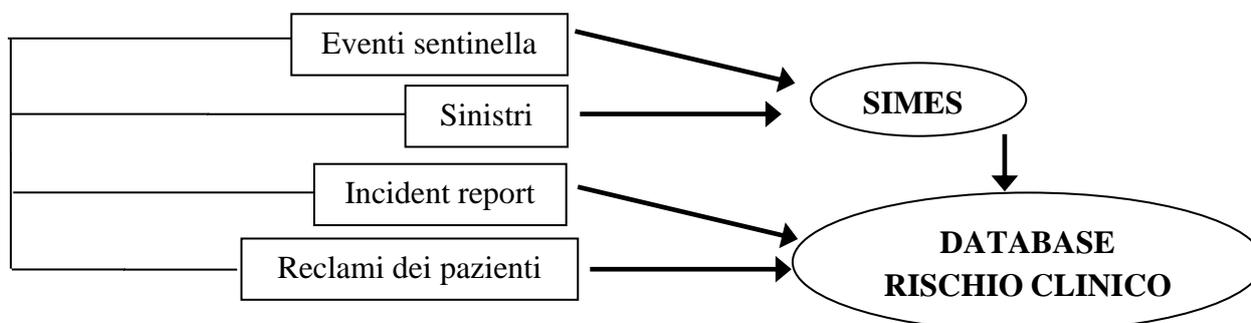
Nel corso del 2017 sono stati organizzati ed effettuati i seguenti corsi di formazione:

- “La Metodica *Global Trigger Tool* (GTT) per la gestione del Rischio Clinico” due edizioni: 4 maggio e 9 maggio 2017;
n. 38 partecipanti (Medici ed Infermieri).
- “La valutazione e il monitoraggio del paziente critico”
due edizioni: 6 aprile e 16 maggio 2017;
n. 54 partecipanti (Medici ed Infermieri);
- “Strumenti operativi di gestione del rischio clinico”
un’edizione: 23 maggio 2017;
n. 25 partecipanti (Medici ed Infermieri).

Tutti i corsi sono stati accreditati ECM.

3. FLUSSI INFORMATIVI

Oltre al flusso informativo previsto dal SIMES - Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità - che riguarda la trasmissione degli eventi sentinella e dei sinistri, sono state attivate altre fonti di dati relativi alla segnalazione spontanea (*Incident Report*) degli eventi avversi, dei quasi eventi e degli eventi senza esito 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, apparentemente triplicate rispetto all'anno precedente, rimangono pressoché costanti per quanto riguarda l'ASP di Palermo poiché 5 delle 9 segnalazioni riguardano il privato accreditato. Rispetto all'anno precedente si evidenzia un considerevole aumento delle segnalazioni volontarie (+40) e dei sinistri (+19).

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

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Eventi sentinella	10	3	2	1	10	3	3	9
Incident report	5	70	101	89	110	98	62	102
Sinistri	69	60	100	152	77	78	47	66

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/>).

Inoltre, complementare al precedente protocollo relativo alla comunicazione e alla gestione degli eventi sentinella, nel corso del 2016 è stato implementato il "Regolamento sulla comunicazione di eventi avversi e eventi senza esito".

Il protocollo è stato pubblicato nel sito internet all'interno dell'area "modulistica"

(<http://qualitarischioclinico.asppalermo.org/>).

a. Analisi degli eventi sentinella e piani di miglioramento

Nel corso del 2017 si sono verificati nove eventi sentinella di cui quattro in strutture dell'ASP Palermo e cinque in casa di cura convenzionate. Tutti gli eventi sono stati registrati nel flusso SIMES (scheda A) ma, poiché due dei nove eventi sono avvenuti a fine novembre 2017, non è stata trasmessa la scheda B.

Eventi Sentinella segnalati e validati nel 2017		Struttura Sanitaria	
		ASP	Case di Cure
1	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	2	2
2	Violenza su paziente in ospedale	1	
3	Morte o grave danno per caduta di paziente	1	1
4	Procedura in paziente sbagliato		1
5	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlate a malattia congenita		1
Totale		4	5

Tab. 2 – Eventi Sentinella - Anno 2017.

b) Analisi eventi avversi e near miss

Come previsto dal succitato regolamento sulla comunicazione di eventi avversi e eventi senza esito, la segnalazione degli eventi avversi (che non rientrano tra gli eventi sentinella) e dei *near miss* (eventi senza conseguenze per il paziente) avviene tramite la trasmissione di un'apposita scheda di segnalazione volontaria che può essere inviata anche in forma anonima.

Da un punto di vista operativo, l'U.O. che ha segnalato l'evento viene contattata al fine di avere maggiori informazioni sull'evento e sull'eventuale coinvolgimento di altre strutture.

Sulla base delle informazioni ricevute, viene avviata un'analisi preliminare dell'accaduto con lo scopo di definire se l'evento può essere annoverato nella categoria "incidenti" o "eventi avversi" con o senza esito (*near miss*).

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)	

Tab. 3 – Schema valutazione del rischio.

In seguito, ogni evento viene valutato attraverso lo schema di valutazione del rischio (tab. 3) e, se rientra nelle categorie di gravità da livello moderato ad esito severo o se l'evento è senza esito o esito minore ma dall'analisi dei dati raggruppati emerge una frequenza elevata (più di tre eventi nell'anno), viene sottoposto ad ulteriore analisi e vengono predisposti dei piani di miglioramento per evitare che l'evento possa ripetersi. I piani di miglioramento vengono presentati e concordati con le UU.OO.

coinvolte.

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 trasmessa la richiesta di intervento immediato all'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 2017 è pervenuta n.1 scheda di risk alert riguardante il ripristino della copertura di uno scivolo per disabili che ha provocato la caduta di un paziente cui l'UOC ha provveduto nei tempi stabiliti.

Nel corso del 2017 sono pervenute complessivamente n. 102 segnalazioni spontanee di cui n. 85 (83,3%) dai PP.OO. e 17 (16,7%) dalle strutture territoriali. Occorre evidenziare che, rispetto al 2016, è notevolmente aumentato il flusso di *incident report* proveniente dai PP.OO. (+28,8%) mentre si rileva un limitato aumento delle segnalazioni provenienti dalle strutture territoriali (+6%) e dal territorio (Tab. 3).

	2013	2014	2015	2016	2017
PP.OO.	72	85	74	47	85
TERRITORIO	17	25	24	15	17
TOTALI	89	110	98	62	102

Tab. 4 – Incident report PP.OO. e Territorio

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, non emergono sostanziali differenze tra il totale di eventi con conseguenze per il paziente (47%) e il totale di eventi senza conseguenze (53%).

Se analizziamo i dati rispetto all'invio, analogo andamento si evidenzia per le segnalazioni provenienti dai PP.OO. con conseguenze (40%) e senza conseguenze (60%)

Viceversa, le segnalazioni con conseguenze per i pazienti provenienti dalle strutture territoriali sono, in percentuale, maggiori (82,4 %) rispetto a quelle senza conseguenze (17,6%).

Incident Report	Territorio	Presidi Ospedalieri	Tot
Eventi avversi con esito	14	34	48
Eventi avversi senza esito	3	51	54

Tab. 5 – Incident report con e senza conseguenze per i pazienti.

Occorre specificare che, durante il 2016, a seguito di un piano di miglioramento che ha riguardato la trasmissione dei campioni biologici, in collaborazione con il Dipartimento Diagnostica di Laboratorio e con l'UOC Anatomia patologica, è stato implementato un flusso di incident report relativo alla non conformità nell'invio dei campioni biotici in anatomia patologica.

Nel corso del 2017 sono pervenute n. 16 segnalazioni di non conformità per le quali sono state chieste integrazioni di informazioni ai responsabili delle UU.OO. che avevano inviato i campioni. Dall'analisi delle relazioni pervenute, che sono state confrontate con le relazioni richieste al Direttore dell'UOC Anatomia patologica, è stato verificato se la non conformità poteva essere legata a carenze organizzative comuni e si è provveduto ad una nuova redistribuzione della procedura relativa alla

corretta modalità di invio dei campioni biotipici a tutti i Direttori Medici di Presidio ed ai Direttori di DS.

Dall'analisi delle restanti n. 86 segnalazioni, l'evento più frequente, indipendentemente dall'esito e dalla provenienza, è la caduta del paziente (46,5%). Di questi, il 70% con esito ed il restante 30% senza conseguenze per il paziente. Altro evento con una frequenza elevata è l'aggressione ad operatore sanitario (15%) che avviene prevalentemente nei PP.OO. con conseguenze per gli operatori (85%).

Occorre evidenziare inoltre che, come descritto in Tab. 6, altri eventi con frequenze elevate sono i ritardi di prestazione sanitaria (10%) e le infezioni ospedaliere (6%).

Eventi segnalati con minore frequenza quali, per esempio, mancata trascrizione in cartella di esiti esami diagnostici, eventi collegati a trasfusione, inesattezza di paziente ecc. sono stati inseriti nella categoria "Altro" (22%).

Evento segnalato	Eventi avversi con esito			Eventi senza esito		
	Territorio	PP.OO.	Tot	Territorio	PP.OO.	Tot
Caduta del paziente	12	16	28	3	9	12
Atti di violenza	2	9	11	0	2	2
Infezioni ospedaliere	0	4	4	0	1	1
Ritardo prestazione	0	0	0	0	9	9
Altro	0	5	5	0	14	14
Totali	14	34	48	3	35	38

Tab. 6 – tipologie eventi.

Infine, delle segnalazioni già descritte, occorre specificare che 18 provenivano dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura – SPDC (+70% rispetto al 2016) riguardanti atti di violenza e cadute.

Evento	Frequenza
Caduta del paziente in struttura sanitaria	8
Aggressioni a danno degli operatori sanitari	5
Aggressioni tra pazienti	5
Totale	18

Tab. 7 – Incident report SPDC.

Dall'analisi degli eventi, a cui sono seguiti gli audit con il personale coinvolto sono stati programmati per il 2018, in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, un corso di formazione sulla prevenzione degli atti di violenza verso gli operatori e tra i pazienti ed una capillare redistribuzione della procedura per la prevenzione delle cadute dei pazienti nelle strutture ospedaliere.

Alla luce dei dati suesposti, gli obiettivi prioritari per la programmazione delle attività per il 2018 riguardano la prevenzione delle cadute in ambiente ospedaliero e territoriale, la prevenzione delle infezioni ospedaliere, la valutazione precoce del paziente critico e l'implementazione di una rete territoriale per il rischio clinico.

5. GESTIONE 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 2017 sono pervenuti e trasmessi tramite flusso SIMES n. 66 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'U.O. Risk Management che avvia un'indagine per individuare i possibili fattori latenti e definire eventuali piani di miglioramento. Nel corso del 2017, su 260 reclami, due hanno riguardato il rischio clinico, I due casi sono pervenuti da strutture territoriali ed entrambi sono stati accuratamente analizzati.

Presidio Ospedaliero/Territorio		Specifico
1	UOS Salute Mentale Cefalù	Denuncia per negligenza e malasanità
2	UOS Centro Gestionale Screening	Malfunzionamento del servizio.

Tab. 9 – Segnalazioni reclami

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.

Inoltre, le raccomandazioni sono state contestualizzate rispetto all'organizzazione.

In alcuni casi, vista l'importanza dell'argomento trattato per questa Azienda, il documento elaborato sulla base della raccomandazione ministeriale ha assunto procedura aziendale.

In altri casi, vista la complessità della nostra organizzazione e l'importanza dell'argomento trattato, sono stati elaborati protocolli operativi, regolamenti, manuali ecc..

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 2018.

Raccomandazione	Applicazione
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 INFEZIONI OSPEDALIERE

Nel corso del 2017, in collaborazione con il Comitato Infezioni Ospedaliere Aziendale (CIO) e con l'UO Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche di questa Azienda, sono state effettuate delle attività inerenti la prevenzione delle infezioni ospedaliere e, nello specifico, è stata definita una check list attraverso la quale effettuare il monitoraggio dei 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*". La check list è stata utilizzata per la valutazione delle azioni efficaci per la prevenzione delle infezioni ospedaliere presso le UU.OO. del Presidi Ospedalieri.

Inoltre è stato avviato a partire da Maggio 2017, con la partecipazione del CIO, un gruppo di lavoro multidisciplinare per la creazione di un *Bundle* e la stesura di una Procedura per la Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico, che verranno redatti entro il 2018.

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 di verifica di questa Azienda è stato composto inizialmente da otto operatori di cui sei dirigenti medici provenienti dai PP.OO. e due 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 era 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. Pertanto da Gennaio 2017, il team di questa azienda si è ampliato risultando composto da quattordici referenti, di cui sei dirigenti medici, cinque infermieri e due operatori delle UU.OO. Qualità e Risk Management. Nel 2017 il campionamento delle cartelle cliniche con metodologia Global Trigger Tool (GTT), ha coinvolto le seguenti UU.OO.CC. Medicina, Chirurgia, Ostetricia e Geriatria.

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 2017 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	2	2
"Civico" Partinico	Chirurgia	2	2
	Ginecologia	2	2
	Ginecologia	1	1
"Madonna dell'Alto" Petralia Sottana	Ginecologia	3	3
	Chirurgia	2	2
"Cimino" Termini Imerese	ORL	3	3
	Ortopedia	6	6

Su un totale di 21 interventi, sono state regolarmente compilate 21 checklist.

12. VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE 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 verificano 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.

Nel 2016 è stato implementato il percorso assistenziale NEWS che 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 dei PP.SS. 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.

Durante il 2017 la scheda di valutazione NEWS è stata introdotta in tutte le UU.OO. dei PP.OO. di questa Azienda. Oltre ad essere stato effettuato il programma formativo di cui già descritto al Paragrafo n. 2, è stato avviato un programma di valutazione partecipata che ha valutato il livello di applicazione del protocollo, l’impatto sulla sicurezza del paziente e il grado di accettazione da parte delle figure professionali coinvolte.