

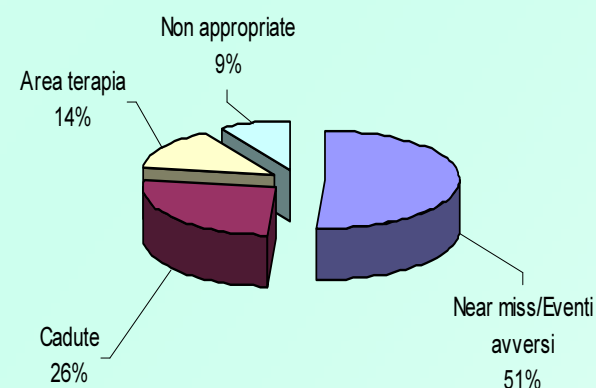
SICUREZZA DEL PAZIENTE: COME DEFINIRE LE PRIORITÀ D'INTERVENTO?

Gnoni A.M.¹, Castriotta L.², Cattani G.¹; Bellomo F.², De Corti D.², Degan S.², Ferrazzano A.¹, Brusaferrò S.^{1,2}

1. Dipartimento Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi di Udine
2. SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine

Obiettivi: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine individua nel miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle pratiche clinico-assistenziali e nella gestione del rischio clinico, obiettivi prioritari da perseguire e standard da garantire ai propri pazienti. Gli eventi avversi sono eventi inattesi, indesiderati o potenzialmente pericolosi che si presentano all'interno di un'organizzazione sanitaria. Dati di letteratura indicano come il programma di segnalazione spontanea di near miss ed eventi avversi (*Incident Reporting*) costituisca uno strumento essenziale per l'identificazione e l'analisi dei rischi correlati alle cure. Nella nostra realtà, le segnalazioni vengono effettuate mediante apposite schede e sono prese in carico da uno specifico gruppo operativo che assegna ad ognuna un indice di rischio (*Ir*) calcolato sulla base di uno score assegnato a due variabili: l'entità del danno (*grado*) e la probabilità di ripetizione di un evento analogo (*ripetibilità*). L'*Ir* guida il gruppo nella scelta dell'intervento di risk management più appropriato. Le segnalazioni vengono classificate per aree ed a cadenza quadrimestrale viene effettuata l'analisi della distribuzione di frequenza dei dati, per l'analisi dei trend. Le segnalazioni giunte nel corso del 2012 sono complessivamente 1362 (vedi fig. 1).

FIG 1. Distribuzione percentuale del tipo di segnalazioni near miss/ eventi avversi 2012 (n=1362)



Dai dati relativi al triennio 2010-2012 (tab. 1) emerge che i near miss/eventi avversi più rappresentati sono relativi a: "Gestione della comunicazione e delle informazioni" (133 nel 2010, 176 nel 2011, 172 nel 2012); "Obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente - IPSPG" (182 nel 2010, 110 nel 2011, 111 nel 2012); "Valutazione del paziente" (206 nel 2010, 113 nel 2011, 89 nel 2012).



	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI)	133	176	172
Obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente (IPSPG)	182	110	111
Valutazione del paziente (AOP)	206	113	89

Nell'anno 2012 l'evento segnalato con maggior frequenza riguarda l'identificazione del paziente (IPSPG1) con 96 segnalazioni (87% sul totale del capitolo. Vedi tab. 2). Le principali tipologie di errore sono rappresentate da: mancanza del braccialetto di identificazione; scambio di paziente; dati anagrafici errati. Sulla base dei dati si è deciso, per l'anno 2013, uno specifico piano di miglioramento.

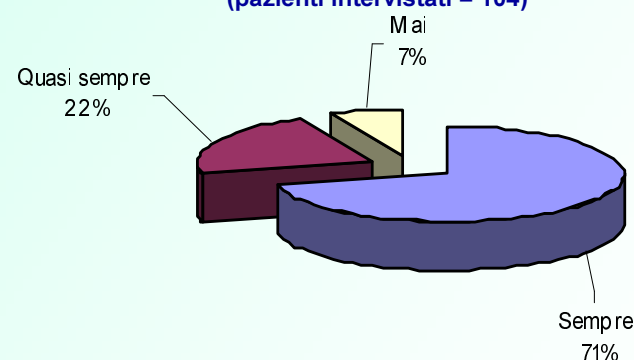
TAB 2. Classificazione dei near miss/eventi avversi (anno 2012)

Capitolo	n. segnalazioni	Evento prevalente/Sottocapitolo	n. segnalazioni (% sul totale del capitolo)
Obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente (IPSPG)	n.111	Identificazione del paziente	n.96 (87%)
Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI)	n.172	Inefficace trasmissione di informazioni tra il personale sanitario	n.38 (22%)
Valutazione del paziente (AOP)	n.89	Campione non idoneo	n.16 (18%)

Metodi: sono state inizialmente selezionate le strutture con almeno una segnalazione in una delle tre tipologie di errore/fattori di rischio (tot. 38); queste sono state poi classificate sulla base di uno score di priorità derivante dal prodotto di tre variabili: probabilità di evento critico (valori da 1 a 3), potenziale severità di danno (valori da 1 a 3), potenziale risposta di risoluzione. Sono state quindi selezionate le Strutture con uno score >5 (tot. 14), ed è stato preparato un questionario per pazienti ed operatori.

Risultati: Sono stati intervistati 104 pazienti: il 71% ha dichiarato che il personale effettua l'identificazione "sempre", il 22% "quasi sempre" ed il 7% "mai" (vedi fig. 2). L'intervista è stata rivolta anche a 41 operatori sanitari; da questa emerge che l'identificazione viene eseguita secondo la procedura aziendale nel 70% dei casi. Dall'analisi delle criticità che impediscono l'applicazione della procedura sono quindi emerse le seguenti priorità: percezione del rischio da parte del personale, procedura di affidamento del paziente alla ditta di trasporti interni, etichettatura dei campioni.

FIG 2. Distribuzione percentuale della corretta identificazione del paziente (pazienti intervistati = 104)



Conclusioni: L'analisi delle segnalazioni ed i successivi approfondimenti hanno consentito l'individuazione delle aree prioritarie sulle quali intervenire. E' stato avviato quindi a Maggio 2013 un percorso di miglioramento sull'identificazione del paziente che coinvolge 470 operatori e che si concluderà a Dicembre 2013.