

**Global Trigger Tool**

Un progetto per la Regione Siciliana

# Protocollo di rilevazione

---

Edizione 1.0 - Ottobre 2015

Ad oggi hanno collaborato:

---

Raffaela Falsaperla,	Direttore U.O. Pediatria, PO Vittorio Emanuele, AOU di Catania
Rosario Caci,	Direttore U.O. Pediatria e UTIN, PO Vittorio Emanuele, Gela, ASP Caltanissetta
Lili Maria Klein,	Direttore U.O. Ginecologia ed Ostetricia, PO Barone Romeo, Patti, ASP Messina
Giuseppe Ettore,	Direttore U.O. Ginecologia ed Ostetricia, ARNAS Garibaldi, Catania
Caterina Trischitta,	Direttore U.O. Medicina Interna, PO Gravina, Caltagirone, ASP Catania
Ignazio Morana,	Responsabile U.O.D. Medicina in Area Critica, ARNAS Garibaldi, Catania
Massimo Geraci,	Direttore MCAU, ARNAS Civico, Palermo
Rosario Squatrito,	Direttore MCAU, Ospedale San Raffaele Giglio, Cefalù
Giuseppe Carpinteri,	Direttore MCAU, PO Vittorio Emanuele, AOU di Catania
Clemente Giuffrida,	Direttore MCAU, AOR Piemonte-Papardo, Messina
Giovanna Russo,	Direttore U.O. Ematologia ed Oncologia Pediatrica, AOU di Catania
Giuseppe Gennaro,	Dirigente di Anestesia e Rianimazione, PO Vittorio Emanuele, AOU di Catania
Francesco Oliveri,	Dirigente di Anestesia e Rianimazione, PO G. Rodolico, AOU di Catania
Vincenzo Parrinello	Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico, AOU di Catania
Giuseppe Saglimbeni	Responsabile Funzione aziendale Rischio Clinico, AOU di Catania
Gabriella Patanè,	U.O. per la Qualità e Rischio Clinico, AOU di Catania
Giuseppe Murolo,	Dirigente Servizio 5, Assessorato Regionale per la Salute, Regione Siciliana
Antonio Capodicasa,	Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico, ARNAS Civico, Palermo
Antonio Biondi	Professore Associato di Chirurgia Generale, Università degli Studi di Catania
Paolo D'Angelo	Direttore U.O. Oncoematologia Pediatrica Ospedale dei Bambini G. Di Cristina, Palermo
Amedeo Claudio Casiglia	Responsabile. U.O. Risk Management, ASP Palermo
Maria Antonietta Campo	Responsabile U.O. Rischio Clinico, ASP Caltanissetta
Stefano Marventano	Medico in formazione Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Catania
Elena Noemi Grasso	Collaboratore esterno progetto regionale GTT, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico, AOU di Catania
Lorenzo Bandini	Collaboratore esterno progetto regionale GTT, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico, AOU di Catania
Valentina Garzia	Collaboratore esterno progetto regionale GTT, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico, AOU di Catania

## Sommario

<b>I.</b>	<b>Il campionamento dei casi</b>	<b>5</b>
<b>II.</b>	<b>Il processo di revisione</b>	<b>5</b>
<b>III.</b>	<b>I trigger</b>	<b>8</b>
<b>IV.</b>	<b>Definizione di “Evento Avverso”</b>	<b>16</b>
<b>V.</b>	<b>Classificazione degli eventi avversi</b>	<b>16</b>
<b>VI.</b>	<b>Le categorie di gravità</b>	<b>21</b>



## **I. Il campionamento dei casi**

---

La metodologia di campionamento utilizza campioni piccoli nel tempo.

Devono essere selezionate 10 cartelle cliniche relative a pazienti dimessi dall'U.O., ogni 4 settimane, dal 1 all'ultimo giorno del mese.

Le cartelle cliniche vanno scelte random.

Dalla sequenza ordinata della numerazione delle cartelle cliniche del periodo oggetto della valutazione, si seleziona una cartella ogni 10, cioè la 10°, la 20°, la 30, la 40°, la 50° ....

Nel caso in cui il numero dei pazienti dimessi nel corso del mese considerato è di numero inferiore a 100, si procederà nella seguente modalità:

1. Rimozione delle cartelle precedentemente selezionate;
2. Nuova selezione delle cartelle rimaste con le stesse modalità (una cartella ogni 10).

Poiché la riammissione entro 30 giorni è un trigger, occorre selezionare le cartelle cliniche dei pazienti dimessi più di 30 giorni prima della data di revisione, in modo che le riammissioni possano essere controllate.

I criteri d'inclusione sono:

- Cartelle cliniche relative a ricoveri ordinari, complete e chiuse (lettera di dimissione e SDO complete)
- Degenza superiore almeno alle 24 ore.

Se una cartella clinica non soddisfa questi criteri, non va revisionata; e si passa a quella cronologicamente successiva (ad esempio se la 10° cartella clinica non soddisfa i criteri si passa alla 11° e così via, fermo restando che la successiva sarà sempre la 20°).

Nelle UU.OO. di Rianimazione devono essere sottoposte a verifica tutte le cartelle cliniche dei pazienti dimessi nel periodo di riferimento.

Nei pronto soccorso devono essere selezionati 1 caso ogni 1.000 pazienti transitati al pronto soccorso, indipendentemente dall'esito finale (dimissione, invio in OBI, ricovero,...). La documentazione che dovrà essere esaminata sarà esclusivamente quella relativa alla presenza del paziente in pronto soccorso.

## **II. Il processo di revisione**

---

### **a. Il team di revisione**

Il team deve essere costituito da almeno tre componenti:

- due componenti con esperienza di tipo clinico e conoscenze in merito alla documentazione del paziente che revisionano le cartelle cliniche.
- il terzo componente del team è rappresentato sempre da un medico, che non deve rivedere la documentazione del paziente ma autenticare il consenso dei due revisori. Il terzo componente autentica gli eventi avversi e la valutazione della gravità e fornisce risposte alle domande dei revisori su specifici quesiti riguardanti determinate cartelle cliniche.

## Protocollo di rilevazione

Il team deve rimanere costante nel tempo.

I due revisori sono identificati come:

- rev. 1
- rev. 2

L'identificazione dei revisori in rev. 1 e rev. 2 è prestabilita e stabile nel tempo.

Il coordinamento del team di revisione (U.O. Qualità, U.O. Rischio Clinico) pianifica le attività di revisione indicando le date, le UU.OO. da valutare e la composizione dei team di verifica.

### **b. I processo di revisione**

Ciascun componente del team di revisione analizza le cartelle cliniche in modo indipendente.

Il revisore 1 compila la "scheda osservazione" dove vengono indicati:

Azienda, il Presidio Ospedaliero, l'Unità Operativa, la data rilevazione, cioè il giorno in cui è stata eseguita la valutazione, il periodo di osservazione, cioè l'arco temporale considerato per il campionamento delle cartelle cliniche (es: mese di luglio 2015), il numero totale di pazienti dimessi dall'U.O. periodo di osservazione, elenco delle cartelle cliniche campionate e valutate, indipendentemente dalla presenza o meno di trigger e/o eventi avversi.

Durante la valutazione, il medico dell'U.O. deve essere disponibile per rispondere ai dubbi che possono sorgere.

Tutte le cartelle cliniche devono essere riviste per i trigger riportati nei moduli "relativi alle cure" e alla "terapia farmacologica". Gli altri moduli, specifici per la disciplina, devono essere utilizzati solo se applicabili; ad esempio, nella valutazione delle cartelle cliniche della rianimazione devono essere utilizzati oltre ai moduli "relativi alle cure" e alla "terapia farmacologica" anche il modulo "rianimazione".

I moduli devono essere compilati in tutte le loro parti. I moduli incompleti, ad esempio senza la diagnosi di dimissione, non potranno essere analizzati e rendicontati.

La cartella clinica analizzata deve essere identificata in modo univoco per tutti, indicando esclusivamente il numero della cartella clinica, senza l'anno (errato: 2015002457 oppure 54587/2015; corretto 2457 oppure 54587)

La cartella clinica dovrebbe essere rivista solo per cercare la presenza di trigger, non per essere letta dalla prima all'ultima pagina.

Le seguenti sezioni di cartella clinica risultano più utili quando lette in questo ordine:

- La scheda di dimissione ospedaliera, in particolare infezioni e complicanze;
- Lettera di dimissione;
- Scheda termometrica e parametri vitali;
- I risultati di laboratorio;
- Scheda di terapia unica;

## Protocollo di rilevazione

- Registro operatorio e scheda anestesiologicala, se pertinente;
- Diario infermieristico;
- Diario clinico;
- Tempo permettendo, tutti gli altri documenti (come anamnesi e esame obiettivo, referti specialistici, o scheda di Pronto Soccorso).

La durata della revisione di ogni cartella clinica non deve superare 20 minuti.

La "regola dei 20 minuti" si applica a tutte le cartelle, indipendentemente dalle dimensioni. Questa regola è stata sviluppata nei primi test dello strumento perché c'era la propensione a leggere le cartelle più piccole, più "facili" (cioè quelle con durata di degenza inferiore).

E' improbabile che nelle cartelle cliniche corpose si possano identificare tutti gli eventi, visto che 20 minuti non rappresenta un tempo sufficiente per rivedere adeguatamente l'intero documento utilizzando la tecnica GTT. Il GTT, tuttavia, non è stato pensato per identificare ogni singolo evento avverso in una determinata cartella clinica. La limitazione imposta per il tempo di revisione e la selezione casuale delle cartelle sono stati progettati per produrre un campionamento che è sufficiente per la predisposizione di iniziative per la sicurezza del paziente in ospedale.

Se un trigger viene identificato in una cartella, "l'indizio positivo" segnala solo la presenza di un trigger, non necessariamente di un evento avverso. Quando viene trovato un trigger positivo, occorre revisionare solo le parti pertinenti della documentazione. La revisione focalizzata consentirà di verificare la presenza o meno un evento avverso.

Se non viene trovato alcun evento avverso, il revisore dovrebbe spostare l'attenzione e cercare altri trigger. I revisori potranno trovare molti trigger positivi, ma pochi eventi avversi. Ovvero, i revisori potranno trovare eventi avversi senza trigger. Questi eventi vanno comunque inclusi.

Alcuni trigger (come ad esempio le lacerazione di 3° o 4° grado) sono anche eventi avversi per definizione. Tuttavia, il più delle volte un trigger positivo non è un evento avverso in sé e per sé, bensì solo un indizio che il danno possa essersi verificato.

Le rilevazioni dovranno essere inserite nella piattaforma informatica entro il giorno 10 del mese successivo alla rilevazione. Tutte le rilevazioni inserite oltre tale data, non potranno far parte della reportistica del periodo considerato e verranno analizzate e rendicontate nel mese successivo.

Per l'analisi e la rendicontazione delle rilevazioni effettuate occorre che l'intero processo di verifica sia concluso, cioè che sia il rev. 1 e che il rev. 2 abbiano completato l'inserimento dei dati sulla piattaforma informatica e che il supervisore abbiamo chiuso lo stato della supervisione.

### **c. Valutazione se si tratta di un evento avverso**

Quando si identifica un trigger positivo, si dovrebbero controllare i documenti pertinenti della cartella, come diario e prescrizioni, correlabili al trigger. La documentazione che attesta che il paziente abbia subito un danno da cure sanitarie dovrebbe essere presente in caso di evento avverso.

Ad esempio, un livello INR maggiore di 6 è un indizio positivo. Il revisore deve cercare la documentazione relativa ad un sanguinamento causato da un'eccessiva anticoagulazione.

## Protocollo di rilevazione

Nel determinare se si sia verificato un evento avverso, occorre considerare che un evento avverso viene definito come danno non intenzionale ad un paziente dal punto di vista del paziente. Aspetti importanti di cui tenere conto nella valutazione sono:

- Saresti felice se l'evento fosse successo a te? Se la risposta è no, allora è probabile che si tratti di un evento avverso con danno.
- L'evento è parte del naturale processo della malattia, o una complicanza del trattamento correlato al processo della malattia? Il danno identificato dovrebbe essere il risultato di un qualsiasi trattamento medico. La decisione è a volte soggettiva e il contributo del medico diventa fondamentale.
- L'evento è stato il risultato atteso delle cure (ad es. una cicatrice in seguito ad un intervento chirurgico)? Se la risposta è sì, non si tratta di evento avverso.

I danni psicologici per definizione non sono considerati eventi avversi.

E' importante ribadire che i revisori potrebbero occasionalmente trovare un evento avverso senza aver trovato un trigger, mentre cercano altri trigger o dettagli. Questi eventi devono essere inclusi quando si registrano i risultati, indipendentemente dal fatto che sia stato un trigger a portare il revisore a identificare l'evento avverso.

Un evento avverso che è presente al momento del ricovero in ospedale dovrebbe essere incluso, se si accerta che soddisfi la definizione di danno correlato alle cure sanitarie. Tutti questi eventi avversi dovrebbero essere conteggiati perché la misura di riferimento è ciò che il paziente ha vissuto, non ciò che è accaduto all'interno dell'ospedale. L'esperienza sul campo ha dimostrato infatti che circa il 10% di tutti i danni che vengono rilevati dal GTT sono presenti al momento del ricovero.

Tuttavia, in questa fase del progetto, i trigger e gli eventi avversi presenti al momento del ricovero in ospedale non devono essere considerati.

Evidenziato la presenza di un evento avverso, si assegna una categoria di danno.

### III. I trigger

Il trigger è il risultato di una indagine diagnostica, una procedura diagnostica o terapeutica o una condizione clinica che potrebbe sottendere un evento avverso.

In generale un trigger identificato in una cartella clinica, indica soltanto la presenza di un trigger, non necessariamente di un evento avverso. Il revisore deve indagare per determinare se si è effettivamente verificato un evento avverso.

Alcuni trigger in realtà sono eventi avversi in sé (Es.: lesione da decubito, caduta del paziente,...).

## Trigger relativi alle cure

- C1 Trasfusione di sangue o emoderivati** I pazienti sottoposti a intervento chirurgico possono richiedere la trasfusione di emoderivati per ripristinare perdite ematiche, evento meno frequente da quando è in uso la Chirurgia Generale laparoscopica. Tuttavia, tutte le trasfusioni vanno indagate per ricercare le cause, quali l'eccessivo sanguinamento, un trauma non intenzionale ecc. I casi di sanguinamento preoperatorio non sono da includere come eventi avversi. Le trasfusioni di sangue o emoderivati entro le 24 ore dall'intervento potrebbero invece essere correlate ad un evento avverso. I pazienti che hanno ricevuto trasfusioni di plasma o piastrine in seguito a trattamento anticoagulante potrebbero aver sperimentato un evento avverso correlato a terapia con anticoagulanti.
- C2 Emergenza, arresto cardiaco o respiratorio, attivazione di un intervento salvavita** Tali eventi vanno indagati attentamente perché potrebbero rappresentare l'evoluzione più critica di un evento avverso. Tuttavia, non tutti sono eventi avversi, in quanto potrebbero essere correlati alla naturale progressione della malattia. Un'emergenza o un arresto cardio-respiratorio nel postoperatorio (entro le 24 ore) o in sala operatoria dovrebbero essere sempre considerati eventi avversi. Al contrario, un'improvvisa aritmia cardiaca che provoca arresto cardiaco potrebbe essere attribuibile ad una patologia cardiaca. Il mancato riconoscimento di segni e sintomi potrebbe configurarsi come errore di omissione e quindi non va incluso come evento avverso, sebbene il cambiamento delle condizioni cliniche del paziente siano il risultato di un trattamento clinico.
- C3 Dialisi acuta** La necessità di essere sottoposto ad un trattamento dialitico, potrebbe essere la conseguenza naturale della malattia o il risultato di un evento avverso. Esempi di eventi avversi sono alterazioni della funzionalità renale indotta da farmaci o reazioni ai mezzi di contrasto utilizzati per le indagini radiologiche.
- C4 Emocoltura positiva** Un'emocoltura positiva deve essere indagata per rilevare un'eventuale infezione correlata a pratiche assistenziali. Generalmente, gli eventi avversi associati a questo trigger includono le infezioni che si manifestano 48 ore dopo il ricovero, ad esempio le infezioni correlate a dispositivi intravascolari e le sepsi. Le emocolture positive associate a infezioni comunitarie non devono essere incluse come eventi avversi.
- C5 Indagini radiologiche o doppler per embolia o trombosi delle vene profonde** In molti casi, tali evenienze potrebbero essere eventi avversi. Le eccezioni riguardano embolie e trombosi associate a patologie tumorali o disfunzioni piastriniche. Se il ricovero è successivo alla comparsa di queste patologie, indagare eventuali cause di trombosi o embolia correlate a cure sanitarie prima dell'ospedalizzazione. La mancanza di profilassi che non esita in trombosi o embolia non è da considerare un evento avverso ma un errore di omissione.
- C6 Riduzione Hb e/o Ht del 25% durante il ricovero** Una diminuzione del valore dell'emoglobina e/o dell'ematocrito deve essere indagato soprattutto quando si verifica in un arco di tempo breve, ad esempio 72 ore. La diminuzione significativa dell'Hb e dell'Ht rappresentano un evento avverso se hanno comportato un sanguinamento che può essere correlato all'utilizzo di anticoagulanti, aspirina o ad intervento chirurgico. Se i valori sono la conseguenza della malattia, non sono attribuibili ad un evento avverso.

## Trigger relativi alle cure

<b>C7</b>	<b>Caduta del paziente</b>	Una caduta in un contesto sanitario rappresenta un fallimento delle cure e potrebbe essere associata alla terapia farmacologica, all'utilizzo di dispositivi, alla dotazione organica. Tutte le cadute che causano danno al paziente sono da considerare eventi avversi. Quando una caduta è la conseguenza di cure mediche (ad esempio la terapia farmacologica) deve essere sempre inclusa come evento avverso, anche se si è verificata fuori dal contesto ospedaliero.
<b>C8</b>	<b>Lesioni da decubito</b>	Le lesioni da decubito sono eventi avversi; le lesioni croniche vengono incluse solo se l'evento si è manifestato durante la degenza del paziente; al contrario, se si è verificato in un contesto extra ospedaliero, vanno indagate le cause per capire se si tratta di un evento avverso
<b>C9</b>	<b>Ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione</b>	La riammissione in ospedale entro i 30 giorni successivi al ricovero potrebbe celare un evento avverso che si è manifestato dopo la dimissione (soprattutto in caso di degenze brevi), ad esempio l'infezione della ferita chirurgica, la trombosi delle vene profonde, l'embolia polmonare.
<b>C10</b>	<b>Utilizzo di sistemi di contenzione</b>	Se nella revisione della documentazione clinica emerge l'utilizzo di contenzione al paziente, valutare la relazione tra l'utilizzo di contenzione e la presenza di stato confusionale correlato alla terapia farmacologica che potrebbero indicare un evento avverso
<b>C11</b>	<b>Infezioni correlate a pratiche assistenziali</b>	Qualsiasi infezione che si manifesta dopo il ricovero potrebbe essere un evento avverso, in modo particolare se correlata al processo di cura. Distinguere le possibili cause d'infezione da utilizzo di dispositivi dalle infezioni di tipo comunitario.
<b>C12</b>	<b>Stroke in ospedale</b>	Valutare se l'evento è correlato a una procedura, ad esempio chirurgica o farmacologica (anticoagulanti). Quando i trattamenti hanno evidentemente contribuito al verificarsi dello stroke, si tratta di un evento avverso
<b>C13</b>	<b>Trasferimento a un livello superiore di cure</b>	Il trasferimento del paziente a un livello superiore di cure deve essere indagato per cercare le cause del trasferimento. Ad esempio, in caso di ricovero in Terapia Intensiva per arresto respiratorio e successiva intubazione, valutare se l'arresto è una naturale conseguenza dell'esacerbazione di una patologia polmonare
<b>C14</b>	<b>Complicanze di procedure</b>	Una complicanza in seguito ad esecuzione di una qualsiasi procedura è considerata evento avverso. Spesso, nei referti non sono segnalate le complicanze, specialmente se si manifestano ore o giorni dopo l'esecuzione della procedura; revisionare le schede di dimissione ospedaliera, i diari clinici, le cartelle infermieristiche

## Protocollo di rilevazione

## Trigger relativi alla terapia farmacologica

<b>M1</b>	<b>Positività della coprocoltura al Clostridium difficile</b>	Se si evidenzia una storia di antibiotico terapia, la presenza di Clostridium difficile nelle feci è un evento avverso.
<b>M2</b>	<b>PTT &gt; a 100 secondi</b>	Un PTT > 100 sec. costituisce un evento avverso se il paziente è in terapia con eparina; in tal caso si ricerca anche i segni di un sanguinamento per stabilire la relazione causale con un evento avverso.
<b>M3</b>	<b>Valori di INR &gt; a 6</b>	Un INR > 6 costituisce un evento avverso se associato sanguinamento. in tal caso si ricerca anche la somministrazione di vitamina K ed i segni di un sanguinamento per stabilire la relazione causale con un evento avverso.
<b>M4</b>	<b>Glicemia &lt; a 50 mg/dl</b>	Indagare eventuali sintomi, quali letargia e agitazione, nella cartella infermieristica e la somministrazione di glucosio. Se i sintomi sono presenti, cercare l'associazione con la somministrazione di insulina e ipoglicemizzanti orali. Se il paziente è asintomatico, non si tratta di evento avverso.
<b>M5</b>	<b>Creatininemia 2 volte &gt; del valore normale</b>	Un incremento della creatininemia costituisce un evento avverso se sono stati somministrati farmaci o se sono stati eseguiti esami con mezzi di contrasto che possano aver avuto effetti nefrotossici. È necessario revisionare anche i diari clinici per evidenziare eventuali pregresse disfunzioni/patologie renali e diabete. In questo caso non si tratterebbe di evento avverso ma di evoluzione naturale della malattia.
<b>M6</b>	<b>Somministrazione di vit. K</b>	Se la vitamina K è stata somministrata come risposta ad un INR elevato, occorre ricercare la presenza di sanguinamento. Si è probabilmente verificato un evento avverso se i referti di laboratorio indicano cali improvvisi dell'ematocrito o presenza di sangue nelle feci. La presenza di ecchimosi, sanguinamenti gastrointestinali, emorragie cerebrali, ematomi sono esempi di evento avverso.
<b>M7</b>	<b>Somministrazione anti-istaminico</b>	La somministrazione di antistaminici è un evento avverso se resa necessaria da una reazione allergica per un farmaco con allergia nota per il paziente rappresenta un evento avverso.
<b>M8</b>	<b>Somministrazione di flumazenil</b>	La somministrazione di flumazenil (antagonista delle benzodiazepine) può essere correlato ad un evento avverso se si rilevano segni di ipotensione marcata o sedazione prolungata.
<b>M9</b>	<b>Somministrazione di naloxone</b>	Il naloxone è un antagonista degli oppioidi ed il suo utilizzo rappresenta un evento avverso, ad eccezione dei casi di abuso di droga o di farmaci oppiacei da parte del paziente.
<b>M10</b>	<b>Somministrazione di antiemetici</b>	La nausea ed il vomito sono comunemente associati alla somministrazione di farmaci e per questi sintomi vengono somministrati spesso farmaci antiemetici. Se i sintomi interferiscono all'alimentazione, al recupero postoperatorio, o se per tale causa viene ritardata la dimissione, si tratta probabilmente di evento avverso. La nausea ed il vomito non vengono considerati eventi avversi se si tratta di uno o due episodi risolti con successo con farmaci antiemetici.

## Protocollo di rilevazione

<b>M11</b>	<b>Eccessiva sedazione</b>	Rivedere la documentazione del paziente per cercare segni di sonnolenza o di ipersedazione. Evidenziare eventuali episodi di ipotensione associata alla somministrazione di sedativi, analgesici, miorelassanti. L'eccessiva assunzione di farmaci sedativi da parte del paziente non è considerata un evento avverso.
------------	----------------------------	--

## Trigger relativi all'area chirurgica

<b>S1</b>	<b>Re-intervento</b>	Un re-intervento, programmato o meno, può essere associato ad un evento avverso. Un esempio di evento avverso è rappresentato da un paziente che viene sottoposto ad un secondo intervento chirurgico in seguito a sanguinamento interno. Anche se il secondo intervento è esplorativo e non rileva problemi, dovrebbe essere considerato un evento avverso.
<b>S2-A</b>	<b>Cambio di procedura chirurgica durante l'intervento chirurgico</b>	Se nell'atto operatorio risulta un cambio di procedura rispetto a quanto programmato nel pre-operatorio, è necessario indagare il motivo di tale cambiamento. Se la causa è attribuibile a una complicanza, a malfunzionamenti o difetti di dispositivi e attrezzature, il cambio di procedura è da considerare un evento avverso, in modo particolare se causa un aumento dei giorni di degenza o esita in un danno al paziente.
<b>S2-B</b>	<b>Cambio di procedura anestesiológica durante l'intervento chirurgico</b>	Se nell'atto operatorio risulta un cambio di procedura anestesiológica rispetto a quanto programmato nel pre-operatorio, è necessario indagare il motivo di tale cambiamento.
<b>S3</b>	<b>Ricovero in Terapia Intensiva non programmato</b>	Il ricovero non programmato del paziente post-operato in Terapia Intensiva è frequentemente associato ad un evento avverso. Ad esempio, il ricovero in Terapia Intensiva di un paziente operato per protesi al ginocchio può essere considerato inusuale. Indagare le cause del ricovero.
<b>S4</b>	<b>Intubazione, re-intubazione o utilizzo di BiPap nel post operatorio</b>	Anestesia, sedativi o farmaci antidolorifici possono causare depressione respiratoria che richiede l'utilizzo di BiPap o re-intubazione del paziente, correlabili ad un evento avverso.
<b>S5</b>	<b>Radiografia intraoperatoria o nella fase del risveglio</b>	Il motivo di richiesta di indagini radiologiche nel periodo intra o post operatorio, non previste di routine per un determinato intervento, va indagato. Se una radiografia viene effettuata per un sospetto di materiale ritenuto durante l'intervento chirurgico o perché il conteggio delle garze o degli strumenti risulta non corretto si potrebbe trattare di un trigger positivo. Se il materiale ritenuto è identificato e rimosso senza evidenza di danno al paziente o re-intervento, non si tratta di evento avverso.
<b>S6</b>	<b>Decesso intra o postoperatorio</b>	Tutti i decessi che si verificano durante o in seguito all'intervento chirurgico dovrebbero essere considerati eventi avversi, a meno che il decesso sia stato preventivamente considerato.
<b>S7</b>	<b>Ventilazione meccanica postoperatoria superiore alle 24 ore</b>	Per alcune categorie di intervento maggiore di tipo cardiaco, toracico e addominale, la ventilazione nel postoperatorio è programmata. Se un intervento richiede ventilazione meccanica del paziente oltre le 24 ore si può sospettare un evento avverso. Alcuni pazienti con patologie polmonari e muscolari possono avere maggiori difficoltà a essere svezzati dalla ventilazione assistita, tuttavia, questo non esclude in modo automatico la possibilità di evento avverso.

## Protocollo di rilevazione

<b>S8</b>	<b>Somministrazione intraoperatoria di adrenalina, noradrenalina, naloxone o flumazenil</b>	Questi farmaci non sono generalmente somministrati durante l'intervento chirurgico. Revisionare la cartella anestesologica e operatoria per evidenziare i motivi per i quali questi farmaci sono stati somministrati. L'ipotensione causata da sanguinamento o l'ipersedazione sono esempi di eventi avversi che potrebbero essere stati trattati con questi farmaci.
<b>S9</b>	<b>Aumento postoperatorio dei valori di troponina oltre 1.5 ng/ml</b>	Un aumento nel periodo postoperatorio della troponina può indicare sofferenza cardiaca.
<b>S10</b>	<b>Danno, riparazione o rimozione di un organo durante l'intervento chirurgico</b>	Revisionare l'atto operatorio per evidenziare eventuali danni, riparazione o rimozione di un organo. Questo evento può accadere come parte di una procedura pianificata, oppure si tratta di evento avverso conseguente a un incidente durante l'intervento chirurgico.
<b>S11</b>	<b>Comparsa di complicanze postoperatorie</b>	Questo trigger si riferisce a qualsiasi complicanza che insorge nel postoperatorio come l'embolia polmonare, la trombosi delle vene profonde, le lesioni da decubito, l'infarto del miocardio, le disfunzioni renali ecc.
<b>S12</b>	<b>Durata intervento &gt; 6h</b>	

## Trigger relativi alla terapia intensiva

<b>I1</b>	<b>Polmonite nosocomiale</b>	Qualsiasi polmonite comparsa in Terapia Intensiva e, comunque, in ospedale deve essere indagata; se è comunitaria, non deve essere inclusa come evento avverso. Un secondo ricovero in ospedale o in Terapia Intensiva potrebbe rappresentare un evento avverso, poiché la polmonite potrebbe essere stata contratta nel precedente ricovero.
<b>I2</b>	<b>Riammissione in Terapia Intensiva</b>	Il ricovero non programmato del paziente post-operato in Terapia Intensiva è frequentemente associato ad un evento avverso.
<b>I3</b>	<b>Procedure in UTI</b>	Qualsiasi procedura effettuata al paziente in Terapia Intensiva deve essere indagata. Revisionare la cartella clinica per evidenziare eventuali complicanze che potrebbero emergere solamente dalle cure richieste
<b>I4</b>	<b>Intubazione, re-intubazione</b>	Svariate condizioni possono richiedere l'intubazione o re-intubazione del paziente che possono essere correlabili ad un evento avverso.

## Protocollo di rilevazione

## Trigger relativi alla Ostetricia

P1	<b>Lacerazione di 3° - 4° grado</b>	La lacerazione di terzo o quarto grado è considerata per definizione un evento avverso. Indagare eventuali cause correlate alla lacerazione.
P2	<b>Piastrinemia inferiore a 50.000</b>	Indagare la presenza di sanguinamenti, stroke, ematomi ed emorragie che hanno richiesto trasfusioni di sangue. Controllare se il valore delle piastrine è associato all'utilizzo di qualche farmaco. Generalmente l'infusione di piastrine è la conseguenza di una carenza piastrinica.
P3	<b>Perdite ematiche durante il parto: superiori a 500 ml nel parto vaginale, superiori a 1000 ml nel parto cesareo.</b>	Il limite di perdite ematiche accettato dopo un parto vaginale è di 500 ml, mentre per il parto cesareo viene considerata "normale" una perdita inferiore ai 1000 ml.
P4	<b>Consulenze specialistiche</b>	Le consulenze specialistiche potrebbero indicare eventuali danni al paziente.
P5	<b>Somministrazione di prostaglandine nel periodo post-partum</b>	Sono agenti utilizzati per l'atonia/ipotonia uterina e le conseguenti emorragie post-partum. Indagare se sono stati somministrati più di 20 unità nel periodo successivo il parto.
P6	<b>Parto strumentale</b>	Gli strumenti (ad esempio ventosa e forcipe) possono causare danno alla madre, inclusi ecchimosi, traumi e lacerazioni perineali.
P7	<b>Somministrazione di anestesia generale</b>	Potrebbe essere un indicatore di danno derivato da una scarsa pianificazione del parto o da altre cause.
P8	<b>Degenza &gt; di 5 giorni</b>	Una degenza prolungata potrebbe indicare eventuali danni al paziente.

## Trigger relativi alla pediatria

pC1	<b>Trasfusione di sangue o emoderivati (eccetto paziente con patologia emato-oncologica)</b>	La trasfusione di globuli rossi concentrati eseguita in un paziente sottoposto ad intervento chirurgico può dipendere da un evento avverso. Viceversa nei pazienti con patologia emato-oncologica la trasfusione di emocomponenti può far parte della cosiddetta terapia di supporto, volta a correggere gli effetti negativi della chemioterapia o della stessa malattia di base sulla crasi ematica, e pertanto non essere correlata ad eventuali eventi avversi.
pM6	<b>Somministrazione di vit. K (escluso il periodo neonatale)</b>	Tutti i neonati sono carenti di vitamina K, a causa della sterilità del loro tubo gastro-enterico. Per prevenire la malattia emorragica del neonato, causata appunto da questa carenza, tutti i neonati vengono sottoposti a somministrazione profilattica di vitamina K per via i.m.
pM9	<b>Somministrazione di antiemetici (escluso pz in chemioterapia)</b>	La gran parte dei cicli di chemioterapia comporta nausea e/o vomito. Pertanto la somministrazione di anti-emetici in un paziente chemioterapia non va considerata in quanto nausea e vomito non sono eventi avversi.

## Protocollo di rilevazione

<b>pP1</b>	<b>Aumento transaminasi 5 volte&gt; val normale</b>	In assenza di altri segni di compromissione epatica (virus etc), può essere la spia di un danno epatico da farmaci (nei bambini paracetamolo, cefalosporine etc)
<b>pP2</b>	<b>Somministrazione di diazepam, midazolam come anticonvulsivante (escluso pz. epilettico)</b>	Nel bambino si possono verificare convulsioni per diselettrolitemia o per tossicità da farmaci. Le convulsioni febbrili e le convulsioni del paziente epilettico e/o sindromico non sono eventi avversi.
<b>pP3</b>	<b>Convulsioni</b>	Nel bambino si possono verificare convulsioni per diselettrolitemia o per tossicità da farmaci. Le convulsioni febbrili e le convulsioni del paziente epilettico e/o sindromico non sono eventi avversi.
<b>pP4</b>	<b>Cancellazione di una procedura elettiva</b>	Se non dipende da un'esigenza organizzativa, può rivelare un evento avverso sopravvenuto.
<b>pP5</b>	<b>Somministrazione di idrocortisone</b>	La somministrazione di idrocortisone sottende ad un evento avverso se resa necessaria da una reazione allergica per un farmaco con allergia nota per il paziente.
<b>pP6</b>	<b>Improvvisa sospensione di un farmaco</b>	L'improvvisa sospensione di un farmaco potrebbe essere la conseguenza di una reazione allergica, di un sovradosaggio, o di una complicazione nel decorso clinico.
<b>pP7</b>	<b>Consulenze specialistiche</b>	Le consulenze specialistiche (chirurgica, intensivistica, etc) potrebbero indicare la comparsa nel quadro clinico eventi avversi.

## Trigger relativi al pronto soccorso

<b>E1</b>	<b>Riammissione in Pronto Soccorso entro le 48 ore</b>	Indagare eventuali reazioni a farmaci, infezioni, o altri eventi che hanno causato il ritorno del paziente in Pronto Soccorso.
<b>E2</b>	<b>Permanenza in OBI per più di 6 ore</b>	Indagare eventuali problematiche legate a cadute in Pronto Soccorso, ipotensione o complicanze correlate alle cure.
<b>E3</b>	<b>Pazienti accettati con codice verde al triage, ricoverati in Terapia Intensiva</b>	Indagare eventuali complicanze correlate a trattamenti effettuati in PS
<b>E4</b>	<b>TC &lt; 36°C</b>	Indagare se l'ipotermia è correlata alla terapia effettuata in PS, alla mancata prevenzione della stessa nel paziente nontraumatizzato, a terapia praticata a domicilio
<b>E5</b>	<b>pCO2&gt; 70 mmHg</b>	Indagare se causata da incongrua somministrazione di O2 e ha richiesto ricorso a NIV indagare su marcata o sedazione prolungata.

## Protocollo di rilevazione

## IV. Definizione di “Evento Avverso”

In questo contesto, con il termine di evento avverso si intende “un danno o un disagio imputabile (almeno in parte) alle pratiche mediche di prevenzione, diagnosi o cura che causa un prolungamento del ricovero ospedaliero o un peggioramento delle condizioni di salute oppure la morte.

## V. Classificazione degli eventi avversi

La classificazione sotto riportata è la *International Classification for Patient Safety (ICPS)* - WHO ed. 2009

<b>A</b>	<b>Gestione assistenziale</b>	<b>a</b>	Processo	<b>1</b>	Consegne			
				<b>2</b>	Appuntamento			
				<b>3</b>	Lista D'Attesa			
				<b>4</b>	Consulenza			
				<b>5</b>	Ammissione			
				<b>6</b>	Dimissione			
				<b>7</b>	Trasferimento			
				<b>8</b>	Risposta alle emergenze			
				<b>9</b>	Attribuzione di compiti e ruoli			
				<b>10</b>	Consenso			
				<b>11</b>	Identificazione del paziente			
<b>B</b>	<b>Processo/procedura clinica</b>	<b>b</b>	Problema	<b>1</b>	Non eseguito quando indicato			
				<b>2</b>	Incompletezza/ inadeguatezza			
				<b>3</b>	Non disponibile			
				<b>4</b>	Paziente sbagliato			
				<b>5</b>	Processo sbagliato / Servizio sbagliato			
				<b>1</b>	<b>a</b>	Processo	<b>1</b>	Screening/Prevenzione/ Checkup di routine
							<b>2</b>	Diagnosi/Valutazione
							<b>3</b>	Procedura/Trattamento/Intervento
							<b>4</b>	Cure generali/ Gestione
							<b>5</b>	Test/Esami
							<b>6</b>	Risultati
<b>7</b>	Misure di contenzione							
<b>2</b>	<b>b</b>	Problema	<b>1</b>	Non eseguito quando indicato				
			<b>2</b>	Incompletezza/ inadeguatezza				
			<b>3</b>	Non disponibile				
			<b>4</b>	Paziente sbagliato				
			<b>5</b>	Processo /Trattamento/ Procedura errata				
			<b>6</b>	Parte del corpo/lato/ sito errato				

## Protocollo di rilevazione

<b>C</b>	<b>Documentazione</b>	<b>a</b>	Documenti coinvolti	<b>1</b>	Prescrizione/Richiesta		
				<b>2</b>	Cartella clinica/ valutazioni/consulenze		
				<b>3</b>	Check List		
				<b>4</b>	Moduli/Certificati		
				<b>5</b>	Istruzioni/Informazioni/Procedure/ Linee Guida		
				<b>6</b>	Etichette/adesivi, bracciali per l'identificazione/tessere		
				<b>7</b>	Lettere o E-mail di comunicazione		
				<b>8</b>	Reports/Risultati/Immagini diagnostiche		
		<b>b</b>	Problema	<b>1</b>	Documentazione assente o non disponibile		
				<b>2</b>	Ritardo nell'accesso ai documenti		
				<b>3</b>	Documento del paziente sbagliato o documento sbagliato		
				<b>4</b>	Documentazione non chiara/ambigua/illeggibile o incompleta		
		<b>D</b>	<b>Infezioni associate alle cure</b>	<b>a</b>	Microrganismo	<b>1</b>	Batteri
						<b>2</b>	Virus
<b>3</b>	Funghi						
<b>4</b>	Parassiti						
<b>5</b>	Protozoi						
<b>6</b>	Rickettsie						
<b>7</b>	Prioni						
<b>8</b>	Organismi non identificati						
<b>b</b>	Problema/sito dell'infezione			<b>1</b>	Circolo sanguigno		
				<b>2</b>	Sito chirurgico		
				<b>3</b>	Ascesso		
				<b>4</b>	Polmonite		
				<b>5</b>	Cannula intravascolare		
				<b>6</b>	Infezione protesi		
<b>7</b>	Catetere urinario						
<b>8</b>	Tessuti molli						
<b>E</b>	<b>Farmaci/Terapia intravenosa</b>	<b>a</b>	Farmaci coinvolti	<b>1</b>	Farmaci (indicare farmaco)		
				<b>2</b>	Farmaci ad uso endovena (indicare farmaco)		
		<b>b</b>	Processi	<b>1</b>	Prescrizione		
				<b>2</b>	Preparazione		
				<b>3</b>	Presentazione/confezionamento		
				<b>4</b>	Trasporto		
				<b>5</b>	Somministrazione		
				<b>6</b>	Forniture/ordini		
		<b>7</b>	Stoccaggio				
		<b>8</b>	Monitoraggio				
		<b>c</b>	Problema	<b>1</b>	Paziente sbagliato		
				<b>2</b>	Farmaco sbagliato		
				<b>3</b>	Dose o frequenza sbagliata		
				<b>4</b>	Formulazione o presentazione sbagliata		
<b>5</b>	Via somministrazione sbagliata						
<b>6</b>	Quantità sbagliata						
<b>7</b>	Istruzione somministrazione sbagliate						
<b>8</b>	Controindicazione						

## Protocollo di rilevazione

				<b>9</b>	Stoccaggio errato		
				<b>10</b>	Mancata identificazione farmaco o omissione		
				<b>11</b>	Medicinale scaduto		
				<b>12</b>	Reazione avversa al farmaco		
<b>F</b>	<b>Sangue ed emoderivati coinvolti</b>	<b>a</b>	Sangue ed emoderivati coinvolti	<b>1</b>	Derivati cellulari (emazie, piastrine)		
				<b>2</b>	Fattori della coagulazione (plasma, antitrombina III,...)		
				<b>3</b>	Dose o farmaco non specificato		
				<b>4</b>	Sangue o emoderivati scaduti		
				<b>5</b>	Effetti avversi		
				<b>6</b>	Albumina/Proteine del plasma		
				<b>7</b>	Immunoglobuline		
				<b>b</b>	Processi	<b>1</b>	Test Pre-trasfusione
						<b>2</b>	Prescrizione
						<b>3</b>	Preparazione
		<b>4</b>	Presentazione/confezionamento				
		<b>5</b>	Trasporto				
		<b>6</b>	Somministrazione				
		<b>7</b>	Forniture/ordini				
		<b>8</b>	Stoccaggio				
		<b>c</b>	Problema	<b>1</b>	Paziente sbagliato		
				<b>2</b>	Farmaco sbagliato		
				<b>3</b>	Dose o frequenza sbagliata		
				<b>4</b>	Formulazione o presentazione sbagliata		
				<b>5</b>	Via somministrazione sbagliata		
<b>6</b>	Quantità sbagliata						
<b>7</b>	Istruzione somministrazione sbagliate						
<b>8</b>	Controindicazione						
<b>9</b>	Stoccaggio errato						
<b>10</b>	Mancata identificazione farmaco o omissione						
<b>11</b>	Medicinale scaduto						
<b>12</b>	Reazione avversa al farmaco						
<b>G</b>	<b>Nutrizione</b>	<b>a</b>	Tipo di nutrizione	<b>1</b>	Dieta normale		
				<b>2</b>	Dieta speciale		
		<b>b</b>	Processo	<b>1</b>	Prescrizione/Richiesta		
				<b>2</b>	Preparazione/cottura		
				<b>3</b>	Forniture/ordini		
				<b>4</b>	Presentazione		
				<b>5</b>	Conservazione/allocazione		
				<b>6</b>	Trasporto		
				<b>7</b>	Somministrazione		
				<b>8</b>	Stoccaggio		
		<b>c</b>	Problema	<b>1</b>	Paziente sbagliato		
				<b>2</b>	Dieta sbagliata		
				<b>3</b>	Quantità sbagliata		
				<b>4</b>	Frequenza sbagliata		
				<b>5</b>	Consistenza sbagliata		
				<b>6</b>	Stoccaggio sbagliato		

## Protocollo di rilevazione

<b>H</b>	<b>Ossigeno/Gas medicali</b>	<b>a</b>	Indicare il gas	<b>1</b>					
			<b>b</b>	Processo	<b>1</b>	Etichettatura/colore di codifica			
					<b>2</b>	Monitoraggio pieno/vuoto			
					<b>3</b>	Prescrizione			
					<b>4</b>	Somministrazione			
					<b>5</b>	Trasporto			
					<b>6</b>	Forniture/ordini			
		<b>7</b>			Stoccaggio				
		<b>c</b>	Problema	<b>1</b>	Paziente sbagliato				
				<b>2</b>	Gas sbagliato				
				<b>3</b>	Frequenza/flusso/concentrazione e sbagliata				
				<b>4</b>	Modalità di somministrazione sbagliata				
				<b>5</b>	Controindicazione				
<b>6</b>	Stoccaggio errato								
<b>I</b>	<b>Dispositivi medici/attrezzatura</b>	<b>a</b>	Tipo di dispositivo o attrezzatura	<b>1</b>	Dispositivi/attrezzature (indicare dispositivo)				
			<b>b</b>	Problema	<b>1</b>	Presentazione scarsa/imballaggio			
		<b>2</b>			Mancanza di disponibilità				
		<b>3</b>			Inappropriata per la funzione da svolgere				
		<b>4</b>			Sporco/non sterile				
		<b>5</b>			Gusta/malfunzionante				
		<b>6</b>			Posizionamento				
		<b>7</b>			Errore dell'operatore				
		<b>L</b>			<b>Comportamenti</b>	<b>a</b>	Staff	<b>1</b>	Non cooperativo/ostruzionista
								<b>2</b>	Ostile/rude/inappropriato
								<b>3</b>	Pericoloso/avventato
								<b>4</b>	Problemi di uso/abuso di sostanze
								<b>5</b>	Molesto
			<b>6</b>	Discriminatorio/pregiudizievole					
<b>7</b>	Perditempo/assenteista								
<b>8</b>	Autolesionista/suicida								
<b>9</b>	Aggressione verbale								
<b>10</b>	Aggressione fisica								
<b>11</b>	Aggressione sessuale								
<b>12</b>	Violenza contro oggetti								
<b>13</b>	Minacce di morte								
<b>b</b>	Paziente	<b>1</b>	Non cooperativo/ostruzionista						
		<b>2</b>	Ostile/rude/inappropriato						
		<b>3</b>	Pericoloso/avventato						
		<b>4</b>	Problemi di uso/abuso di sostanze						
		<b>5</b>	Molesto						
		<b>6</b>	Discriminatorio/pregiudizievole						
		<b>7</b>	Perditempo/assenteista						
		<b>8</b>	Autolesionista/suicida						
		<b>9</b>	Aggressione verbale						
		<b>10</b>	Aggressione fisica						
		<b>11</b>	Aggressione sessuale						
		<b>12</b>	Violenza contro oggetti						
		<b>13</b>	Minacce di morte						

## Protocollo di rilevazione

<b>M</b>	<b>Incidenti al paziente</b>	<b>A</b>	Trauma fisico non penetrante	1	Contatto con oggetti o animali				
				2	Contatto con persone				
				3	Esposizione a bassa gravità				
				4	Scontro/incidente				
				5	Abrasione / sfregamento				
		<b>b</b>	Traumi penetranti	1	Taglio/lacerazione/recisione				
				2	Puntura/accoltellamento				
				3	Morso				
				4	Altro trauma penetrante				
		<b>c</b>	Altre forze meccaniche	1	Danni da esplosione				
				2	Contatto con macchinari				
		<b>d</b>	Meccanismi termici	1	Eccessivo calore o fuoco				
				2	Eccessivo freddo o congelamento				
		<b>e</b>	Minacce per la respirazione	1	Minacce meccaniche alla respirazione				
				2	Annegamento/quasi annegamento				
				3	Confinamento in luogo carente d'ossigeno				
		<b>f</b>	Esposizioni a sostanze chimiche o altre sostanze	1	Avvelenamento da sostanze chimiche o altre sostanze				
				2	Lesioni da sostanze chimiche o altre sostanze				
		<b>g</b>	Altri meccanismi di danno per il paziente	1	Esposizione a elettricità/radiazioni				
				2	Esposizioni a rumori/vibrazioni				
				3	Esposizione ad alte pressioni				
				4	Trauma fisico non penetrante				
				5	Contatto con oggetti o animali				
				6	Contatto con persone				
				7	Esposizione a bassa gravità				
		<b>h</b>	Esposizioni a maltempo/disastri naturali/altre cause naturali	<b>i</b>	Cadute	1	Tipo di caduta	1	Inciampata/inciampato
							2	Scivolata/scivolato	
3	Sincope								
4	Perdita di equilibrio								
2	La caduta ha coinvolto			1	Culla				
				2	Letto				
				3	Sedia				
				4	Barella				
				5	Bagno				
				6	Strumentazione terapeutica				
				7	Scale/scalini				
8	Altri individui								

## Protocollo di rilevazione

<b>N</b>	<b>Infrastrutture/edifici</b>	<b>a</b>	Infrastrutture/edifici coinvolti	<b>1</b>	Strutture (indicare struttura)
				<b>2</b>	Edifici (individuare edificio)
				<b>3</b>	Impianto
		<b>b</b>	Problema	<b>1</b>	Non esiste/inadeguata
<b>2</b>	Danneggiata/carente				
<b>O</b>	<b>Risorse/organizzazione manageriale</b>	<b>a</b>	Gestione del carico di lavoro		
		<b>b</b>	Disponibilità letti/servizi		
		<b>c</b>	Disponibilità/adeguatezza di risorse umane/ staff		
		<b>d</b>	Organizzazione dei team/persone		
		<b>e</b>	Disponibilità/adeguatezza di Protocolli/procedure/linee guida		

## VI. Le categorie di gravità

Il sistema GTT dell'IHI adotta la classificazione del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) (Consiglio per il Coordinamento Nazionale per la Segnalazione e la Prevenzione degli Errori da Somministrazione dei Farmaci).

Sebbene originariamente sviluppata per categorizzare errori da terapia farmacologica, queste definizioni possono essere facilmente applicate a qualsiasi tipo di errore o evento avverso.

Il GTT conta solo gli eventi avversi, cioè danni per il paziente (come definiti sopra), indipendentemente se sia il risultato di un errore o meno. Di conseguenza, lo strumento esclude alcune categorie del NCC MERP perché descrivono errori che non causano danni.

Pertanto, le categorie applicabili per la valutazione della gravità del danno nella metodologia GTT sono:

- Categoria E: Danno temporaneo al paziente che richiede intervento;
- Categoria F: Danno temporaneo al paziente che richiede ospedalizzazione o prolungamento della degenza;
- Categoria G: Danno permanente al paziente;
- Categoria H: Danno che necessita un intervento "salvavita" urgente (può essere utile definire il tempo massimo di intervento: esempio entro un'ora o meno);
- Categoria I: Decesso del paziente.

Le categorie non sono progressive (ad es.: un evento non deve rispondere alla definizione E e F prima che possa essere classificato come G). La definizione di categoria E sottolinea che si è reso necessario qualche intervento. Per la categoria H, i revisori esperti hanno trovato utile definire "interventi salvavita" quelle cure che devono essere fornite entro un'ora o meno, al fine di evitare il decesso. Ad esempio, un paziente con un'infezione del sito chirurgico richiede trattamento antibiotico e si potrebbe sostenere che la sua mancata somministrazione possa portare a sepsi e morte. Anche se questo può essere vero, è improbabile che l'antibiotico debba essere fornito entro un'ora per prevenire la morte. Per contro, un paziente che sviluppa un'insufficienza respiratoria in seguito alla somministrazione di un narcotico richiede un intervento immediato, come ad esempio la ventilazione non invasiva o invasiva; questo rientra tra gli eventi salvavita, anche se è stato necessario solo per poche ore. Per la categoria I, l'evento deve aver contribuito a determinare il decesso del paziente.