



RELAZIONE ANNUALE SULLE ATTIVITA'
SVOLTE E SUI RISULTATI RAGGIUNTI IN
RIFERIMENTO AGLI OBIETTIVI PREFISSATI NEL
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO CLINICO – ANNO 2015.

Relazione annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi prefissati nel piano aziendale per la gestione del rischio clinico – anno 2015.

Premessa

Durante il 2015, 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 Aziendale Qualità e rischio clinico 2014.

Il suddetto piano è stato sviluppato nelle seguenti aree:

1. Organizzazione di supporto alla gestione del rischio clinico
2. Sviluppo della cultura del rischio clinico
 - a. Formazione
 - b. Visibilità
3. Gestione flussi informativi
4. Gestione degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei quasi-eventi (near miss)
5. Gestione 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. Regolamento sulla comunicazione di eventi avversi e eventi senza esito.

1. ORGANIZZAZIONE DI SUPPORTO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Al fine di definire una struttura organizzativa capillare, è stata implementata 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.
- 2 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, nel corso del 2015, sono state programmate due differenti linee programmatiche: formazione e visibilità.

a. Formazione

In continuità con il programma formativo già svolto nel 2014, che ha previsto un corso sulla RCA rivolto esclusivamente agli operatori dei Presidi Ospedalieri, nel corso del 2015 si è ritenuto di sviluppare la cultura del rischio clinico attraverso la formazione rivolta agli operatori che operano nel territorio.

Pertanto, sono stati effettuati due differenti corsi di formazione, il primo rivolto agli operatori afferenti ai Servizi Territoriali ADI ed RSA, dal titolo “L’importanza dell’igiene delle mani nell’assistenza sanitaria nei Servizi Territoriali ADI ed RSA”. Il corso si è svolto in due edizioni, il 21 ed il 22 dicembre 2015, ed ha visto la partecipazione di circa n. 108 operatori.

Il secondo corso, dal titolo “Il Risk Management in Psichiatria”, ha visto la partecipazione di n. 120 operatori afferenti al Dipartimento Salute Mentale e si è svolto in quattro edizioni.

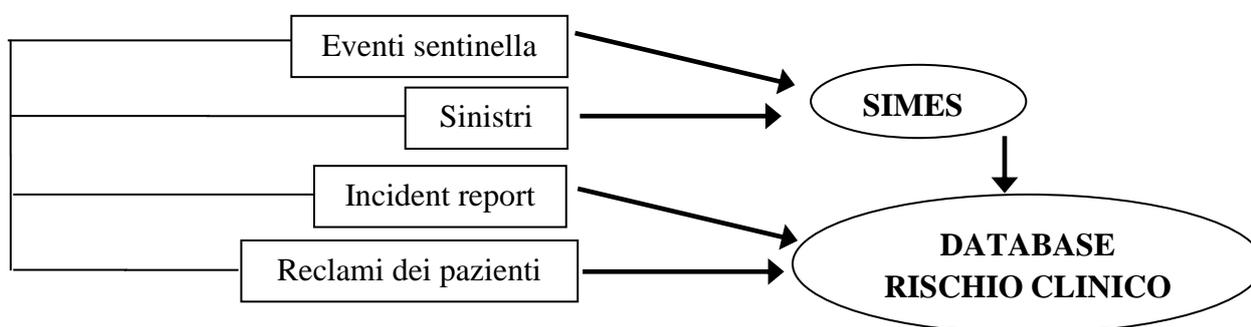
b. Visibilità

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>).

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.

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 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), si evidenzia una diminuzione degli eventi sentinella e delle segnalazioni volontarie (*incident report*), mentre non risultano significative variazioni dei sinistri rispetto al 2014.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Eventi sentinella	10	3	2	1	10	3
Incident report	5	70	101	89	110	98
Sinistri	69	60	100	152	77	78

Tab. 1 distribuzione valori assoluti flussi per annualità.

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

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 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 2015 sono stati inviati (tab. n.2), tramite flusso SIMES, tre eventi sentinella (due avvenuti nell'ASP Palermo ed uno in una casa di cure privata).

Eventi Sentinella segnalati e validati nel 2015		Struttura Sanitaria	
		ASP	Case di Cura Private
1	Altro evento avverso che causa morte o grave danno	1	
2	Morte o grave danno per caduta di paziente	1	
3	Suicidio o tentato suicidio di paziente in Ospedale		1
Totale		2	1

Tab. 2 – eventi sentinella validati nel 2015.

A seguito dei due eventi sentinella sono stati definiti n. 5 piani di miglioramento che hanno riguardato cause e fattori legati alla comunicazione (n. 1), cause e fattori ambientali (n. 1) e cause e fattori legati a revisione di protocolli assistenziali e procedure (n. 3).

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 incidente.

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), vengono predisposti dei piani di miglioramento per evitare che l'evento possa ripetersi e viene effettuata una restituzione dell'analisi preliminare all'U.O. coinvolta.

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 valutazione del rischio futuro.

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 2015 sono state inviate n.6 schede di risk alert a cui il Dipartimento a provveduto nel 100% dei casi.

Durante il 2015 sono pervenute complessivamente n. 98 segnalazioni di cui 74 dai PP.OO. e 24 dal Territorio. Occorre evidenziare che nel corso degli ultimi tre anni è progressivamente aumentato il flusso di incident report proveniente dal territorio (Tab. 4).

	Segnalazioni 2013	Segnalazioni 2014	Segnalazioni 2015
PP.OO.	72 (80,9%)	85 (77,3%)	74 (75,5%)
TERRITORIO	17 (19,1%)	25 (22,7%)	24 (24,5%)
TOTALI	89	110	98

Tab. 4 flusso incident report – confronto ospedale / territorio.

Presidi Ospedalieri	Eventi		
	Con esito	Senza esito	Totali
“G.F. Ingrassia” - Palermo	26	23	49
“Civico” - Partinico	3	1	4
“Cimino” – Termini Imerese	3	1	4
“Madonna dell'Alto” – Petralia Sottana	2	0	2
“Dei Bianchi” - Corleone	3	1	4
“Villa delle Ginestre” - Palermo	3	4	7
Altro (SPDC in altri PO)	2	2	4
Territorio (ADI+RSA)	21	3	24
Totale complessivo	63	35	98

Nel 2015, il rapporto complessivo tra eventi avversi (64%) ed eventi senza esito (36%) è di circa 2:1. Occorre notare che, mentre nei PP.OO. la percentuale di eventi senza esito è del 44%, dal territorio vengono segnalati quasi esclusivamente eventi avversi (87%).

Tab. 5 flusso incident report – confronto eventi con e senza esito.

Ciò dimostra che, mentre nei PP.OO. la cultura del rischio clinico è presente, anche se non particolarmente sviluppata, deve essere maggiormente implementata in ambito territoriale.

Le cadute rappresentano l'evento più segnalato (59%). Di questa, il 64% hanno provocato un danno al paziente. Confrontando la percentuale di cadute dell'anno precedente (67%), si evidenzia una parziale riduzione (-5%) anche se la percentuale di evento con esito rimane pressoché costante (65%).

Altro evento significativo riguarda le aggressioni (12%) di cui nel 75% casi hanno provocato un danno all'operatore.

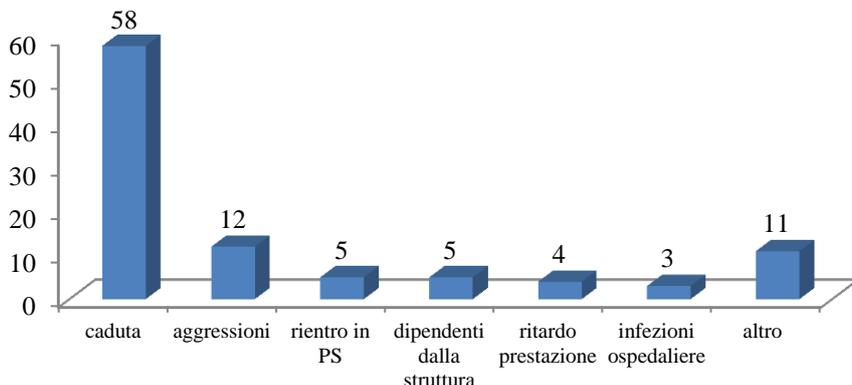


Grafico n.2 – distribuzione valori assoluti casistica degli incident report – ANNO 2015.

5. GESTIONE SINISTRI

Al fine di trasmettere i sinistri tramite flusso SIMES, già dal 2010 è stato istituito un flusso di comunicazione tra U.O. Gestione Sinistri e U.O. Risk Management. È stata predisposta un'apposita scheda i cui campi corrispondono al debito informativo richiesto dal flusso SIMES.

Inoltre, con atto deliberativo n. 0187 del 31/03/2012 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.

Attualmente, i sinistri, oltre ad essere trasmessi regolarmente tramite flusso SIMES, vengono esaminati individualmente al fine di approfondire le cause ed elaborare eventuali piani di miglioramento.

Qualora venissero ravvisati criteri di urgenza poiché l'evento ha un alta probabilità di ripetersi e di provocare un analogo danno ad un altro paziente, viene immediatamente trasmessa richiesta di attivare le misure di miglioramento con il diretto coinvolgimento degli attori-esecutori.

Inoltre, viene effettuata anche una casistica dei sinistri utilizzando la matrice per la valutazione delle priorità NCPS (*National Center For Patient Safety*) in termini di probabilità/gravità.

Nel 2015 sono pervenuti 78 sinistri (nel 2014 n. 77) di cui 48 trasmessi tramite flusso SIMES. Occorre specificare che il restante 38%, per la loro dinamica, non rientrano specificatamente nella gestione del

rischio clinico (lesioni personali, cadute, infortuni, decessi ecc.) e sono legati ad eventi accidentali o, come nel caso dei decessi, ad obblighi di comunicazione in via cautelativa.

Dai dati elaborati emerge la seguente casistica:

la puntura accidentale e il danno al paziente rappresentano la categoria di maggiore frequenza per la quale viene richiesto risarcimento (grafico n.3).

Occorre sottolineare che, a fronte delle numerose segnalazioni di cadute (n. 58), solo in 5 casi è stata avviata la richiesta di risarcimento.

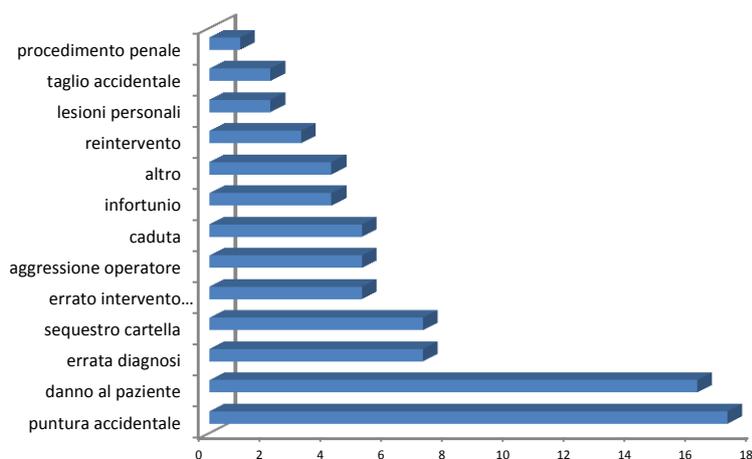


Grafico n. 3 – distribuzione casistica dei sinistri 2015.

Il 77% delle richieste di risarcimento proviene dai PP.OO. ed il 23% nelle strutture territoriali (grafico n.4) .

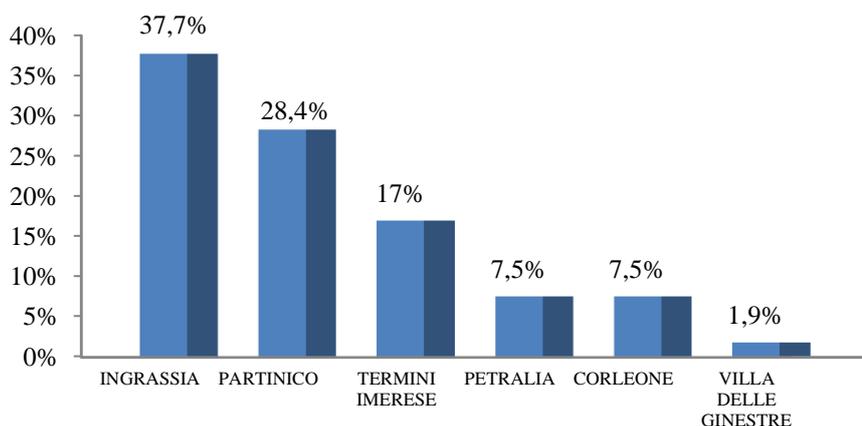


Grafico n. 4 – distribuzione dei sinistri suddivisi per PP.OO. - ANNO 2015

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 2015, su 196 reclami, 2 hanno riguardato il rischio clinico.

Di queste, un caso è pervenuto dal presidio ospedaliero ed uno da strutture territoriali.

I risultati sono riportati nel seguente schema:

	Presidio Ospedaliero/Territorio	Specifico
1	S. Giuseppe Jato - Centro di vaccinazioni	E' stata somministrata una dose di vaccino diversa rispetto al calendario delle vaccinazioni.
2	P.O. Ingrassia	Aggressione di cani randagi presso il P.O.

7. GESTIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Le Raccomandazioni che il Ministero per la Salute elabora e pubblica tramite web sono state diffuse a tutte le UU.O.O. direttamente interessate tramite lista di distribuzione e, nella maggior parte dei casi, 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 la forma di procedura aziendale.

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.	Protocollo operativo. Monitoraggio Check list
3 - corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Protocollo operativo 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 - Procedure
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	Procedura 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	Protocollo operativo (in Pronto Soccorso)
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. 7 – implementazione raccomandazioni ministeriali nell'ASP Palermo – ANNO 2015.

8. PREVENZIONE DELLE INFEZIONE OSPEDALIERE (CIO)

Nel corso del 2015, 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 due osservazioni (ottobre-novembre 2015) dirette alla valutazione dei fattori contribuenti l'insorgenza delle infezioni ospedaliere, come sopra specificato, che hanno coinvolto le seguenti UU.OO.: Anestesia, Cardiologia, Chirurgia, Ortopedia, Geriatria, Ginecologia, Medicina, Neonatologia, Pronto Soccorso, SPDC, Terapia Intensiva, UTIN – Neonatologia.

Durante la prima valutazione sono stati intervistati n. 66 operatori di cui n. 24 medici, n. 38 infermieri e n. 4 OSS e durante la seconda sono stati intervistati n. 70 operatori di cui n. 32 medici, n. 31 infermieri e n. 7 OSS.

Il seguente grafico descrive i valori espressi in termini percentuali, dal quale si evince che anelli e bracciali risultano indossati da più del 60% degli operatori e che il 40% non era in possesso della soluzione idroalcolica.

Più dell'80% degli operatori rispondeva ai requisiti richiesti in termini di unghia corte e senza smalto. La quasi totalità non possedeva unghia artificiali.

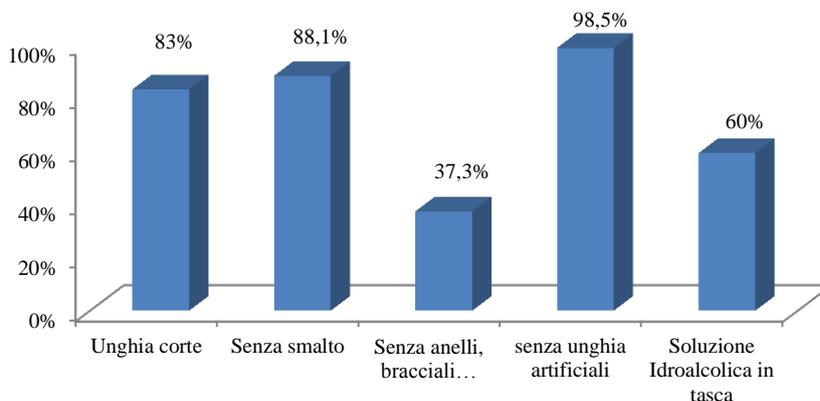


Grafico n. 1 – distribuzione percentuali risposte – totale degli intervistati

Sono state analizzate le risposte suddivise per le figure professionali intervistate: medici, infermieri e OSS.

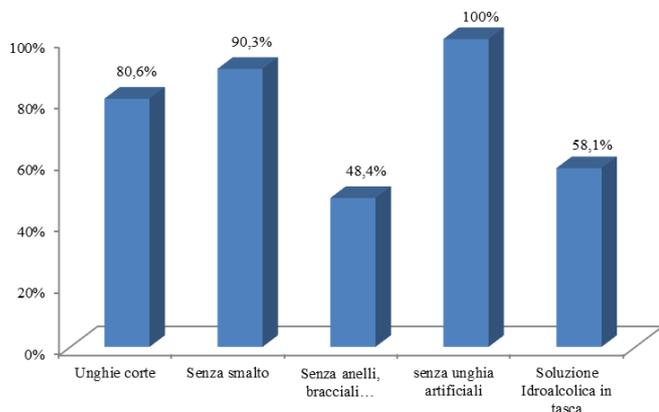


Grafico n. 2 – distribuzione percentuali risposte – figura professionale: INFERMIERI

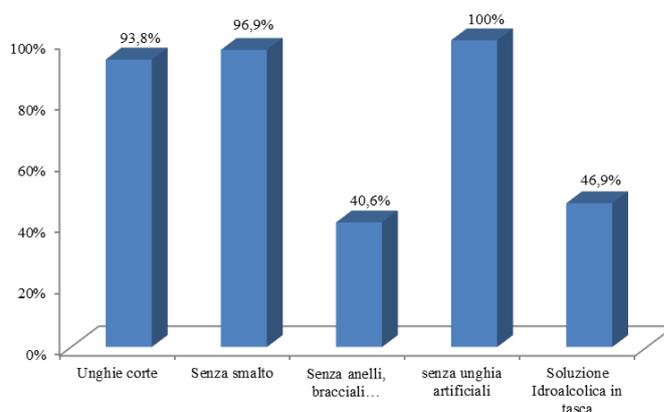


Grafico n. 3 – distribuzione percentuali risposte – figura professionale: MEDICI

Conclusioni: i dati suesposti sono stati esaminati con i referenti rischio clinico delle UU.OO. coinvolte ed è emersa la necessità di continuare le verifiche con le modalità già sperimentate almeno trimestralmente. Inoltre, in riferimento ai dati suddivisi per figure professionali, dai quali non emergono particolari differenze significative, occorrerebbe programmare degli incontri formativi rivolti a tutti gli operatori e degli incontri periodici con i responsabili delle strutture, finalizzati alla definizione di piani di miglioramento che tengano

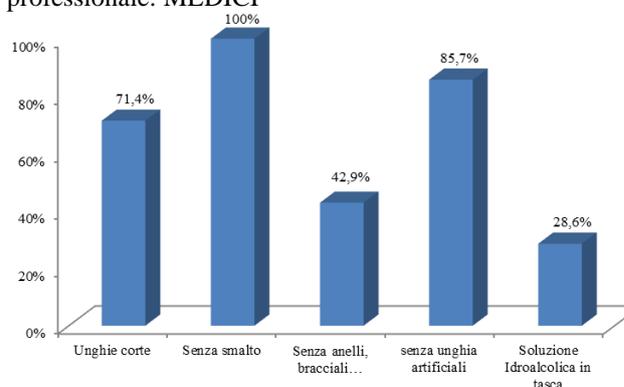


Grafico n. 4 – distribuzione percentuali risposte – figura professionale: OSS

conto delle specificità dei reparti, strutturali ed organizzativi, e delle caratteristiche dei pazienti.

12. 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 composto 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”.

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 2015 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	Unità Operativa	N° pazienti	N° di checklist
“Dei Bianchi” Corleone	Chirurgia	1	1
“Civico” Partinico	Ortopedia	3	3
“G.F. Ingrassia” Palermo	Chirurgia	2	2
	Ginecologia	3	3
“SS.ma Madonna dell'Alto” Petralia Sottana	Ginecologia	4	4
	Chirurgia Generale	3	3
“Villa delle Ginestre” Palermo	Medicina Fisica e Riab. Intensiva	1	1
“Cimino” Termini Imerese	ORL	3	3
	Ortopedia	2	2

Su un totale interventi 22 sono state regolarmente compilate 22 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 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, quest'ultime stabilite in collaborazione con l'UO Comunicazione ed Informazione.