



DELIBERAZIONE N° **238**
 SEDUTA DEL **23 FEB. 2011**

**Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale,
 Servizi alla Persona e alla Comunità**
 DIPARTIMENTO

OGGETTO INTESA STATO REGIONI DEL 20 MARZO 2008 - LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE REGIONALI

Relatore **ACCESSORE DIPTO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'**

La Giunta, riunitasi il giorno **23 FEB. 2011** alle ore **14,30** nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1.	Vito DE FILIPPO Presidente	X	
2.	Agatino MANCUSI Vice Presidente	X	
3.	Rosa GENTILE Componente		X
4.	Attilio MARTORANO Componente	X	
5.	Rosa MASTROSIMONE Componente	X	
6.	Vilma MAZZOCCO Componente	X	
7.	Erminio RESTAINO Componente	X	

Segretario: **Dr. Arturo AGOSTINO**

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° _____ pagine compreso il frontespizio e di N° _____ allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° _____ UPB _____ Cap. _____ per € _____

Assunto impegno contabile N° _____ UPB _____ Cap. _____

Esercizio _____ per € _____

IL DIRIGENTE _____

Atto soggetto a pubblicazione integrale per estratto

VISTA la L.R. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernente la “ Riforma dell’organizzazione regionale”;

VISTE la D.G.R. 11/98 con cui sono stati individuati gli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale, la D.G.R. 2903 del 13 dicembre 2004, disciplina dell’iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta, come modificata dalla successiva D.G.R. n. 637 del 03.05.06

VISTE le D.G.R. 1148/05 e la D.G.R. 1380/05 relative alla denominazione e configurazione dei Dipartimenti regionali;

VISTA la D.G.R. 2017/05 con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnati, come modificata dalla successiva D.G.R. 1729 del 13.11.2006;

PREMESSO

che la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari,

che tutti i sistemi organizzativi presentano condizioni latenti di insicurezza in cui si collocano le azioni/omissioni umane,

che l’incidente si realizza quando le azioni del singolo trovano spazi nella sicurezza del sistema;

DATO ATTO che la normativa nazionale ha inteso promuovere adeguati strumenti normativi, nella condivisione e consapevolezza della rilevanza del problema degli eventi avversi in medicina e dell’esigenza di intervenire a garanzia della sicurezza dei pazienti, promulgando nel tempo quanto sotto riportato :

- Decreto Presidente della Repubblica 14 gennaio 97 di " approvazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province Autonome in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private che, tra i requisiti minimi organizzativi generali stabilisce che " *in ogni azienda deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità "*
- Decreto Presidente della Repubblica del 7 aprile 2007 recante “ Approvazione del Piano sanitario Nazionale 2006 – 2008 che, al punto 4.4 “ *promuove il governo clinico e la qualità nel Servizio sanitario nazionale*”
- Patto per la salute laddove prevede, al punto 4.10, di adottare un programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel servizio sanitario nazionale,
- Intesa Stato Regioni, approvata nella Conferenza del 20 marzo 2008 che, al punto 1, promuove il monitoraggio degli eventi avversi, trasmessi al Sistema informativo nazionale sanitario (NSIS), attraverso il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), al punto 8 prevede l’attivazione dell’Osservatorio nazionale degli eventi sentinella mentre al punto 2, stabilisce che le Regioni si impegnino a promuovere “*l’attivazione presso le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate di una funzione permanente dedicata al rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti; incluso il monitoraggio degli eventi avversi e l’implementazione di buone pratiche per la sicurezza, nell’ambito delle disponibilità delle risorse aziendali*”;

CONSIDERATO che, nell'ottica di perseguire modelli uniformi di gestione del rischio clinico, la Regione ha istituito con la precedente DD 7202/2009/D/405/ del 17 giugno 2009 un gruppo tecnico, con possibilità di avvalersi anche di specifiche figure professionali operanti nelle aziende sanitarie, con compiti di:

- promozione e sviluppo della cultura della sicurezza dei pazienti
- definizione di percorsi organizzativi connessi alla gestione del rischio clinico
- messa in atto di tutti gli interventi necessari per la implementazione dei flussi informativi del sistema SIMES
- diffusione delle buone prassi per la sicurezza dei pazienti

DATO ATTO che il gruppo in parola ha redatto un documento contenente specifiche linee di indirizzo, allo scopo di perseguire modelli uniformi di gestione del rischio clinico nelle Aziende sanitarie regionali;

RITENTO di adottare le Linee di indirizzo, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione rinviando a successivo atto la nomina di un Gruppo Regionale di Coordinamento per gli specifici compiti individuati nelle predette linee guida;

SU PROPOSTA DELL'ASSESSORE AL RAMO

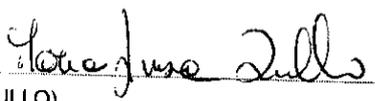
DELIBERA

Per quanto in premessa che si intende integralmente riportato e trascritto di :

adottare le allegate linee di indirizzo per lo sviluppo della funzione rischio clinico nelle aziende sanitarie regionali;

rinviare a successivo atto, avendo acquisito le proposte delle Aziende Sanitarie regionali, la nomina del Gruppo regionale di coordinamento.

dare atto che dall'attuazione della presente deliberazione non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del Bilancio Regionale.

IL RESPONSABILE P.O. 
(dott.ssa Maria Luisa ZULLO)

IL DIRIGENTE 
(dott. Giuseppe MONTAGANO)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE BASILICATA

La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari laddove la complessità delle organizzazioni, l'elevato livello tecnologico, l'elevato numero delle prestazioni erogate costituiscono fattori intrinseci del sistema che possono favorire il verificarsi di eventi avversi per i pazienti.

RISK MANAGEMENT

Il **Risk Management**, rappresenta l'insieme delle azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, promuovendo la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori, favorendo la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il **Rischio Clinico** rappresenta quindi "l'eventualità di subire un danno come conseguenza di un errore" Viene affidato alla Regione l'impegno di promuovere presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, l'implementazione di una funzione aziendale strutturata e dedicata al controllo e gestione del rischio clinico, attraverso misure di:

- ✦ **Prevenzione degli errori;**
- ✦ **Monitoraggio degli eventi avversi;**

COORDINAMENTO REGIONALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La Regione Basilicata ritiene il **Clinical Risk Management** tra le aree di interesse prioritario per il SSR, e intende avviare un utile confronto con le Aziende del SSR, istituendo il **COORDINAMENTO REGIONALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO** cui verrà affidato il ruolo di propulsore e di supporto metodologico all'avvio di soluzioni di gestione della rischiosità clinica specifica di ciascuna Azienda.

Nell'ambito del **Coordinamento Regionale per la Gestione del Rischio Clinico**, verranno elaborate "Linee Guida Specifiche", applicabili in tutte le Aziende Sanitarie della Regione Basilicata attraverso un approccio di sistema

OBIETTIVI

Gli obiettivi da raggiungere per implementare la sicurezza nelle attività del SSR fanno capo alle seguenti azioni:

- ✦ Acquisire conoscenze sul fenomeno dell'errore in sanità tramite studi ad hoc e la utilizzazione di dati correnti di attività;
- ✦ Promuovere l'analisi e la socializzazione delle conoscenze relative alle fonti di errore;
- ✦ Prevedere, nell'ambito del più ampio processo di coinvolgimento dei professionisti e dei cittadini nel miglioramento della qualità assistenziale, interventi volti a ridurre quanto più possibile o, ove possibile, ad abbattere il rischio clinico, attraverso appositi programmi di intervento adottati da equipe territoriali, distrettuali, dipartimentali ;
- ✦ Implementare adeguatamente le conoscenze dei cittadini rispetto ai rischi connessi con le prestazioni socio-sanitarie erogate da SSR con particolare riferimento alle fasce di popolazione in cui si verificano i maggiori rischi di errore e di eventi avversi;

- ✦ Ridurre i danni alla salute derivanti da errori a qualunque titolo commessi da operatori, strutture, condizioni di lavoratori e/o ambientali;
- ✦ Ottimizzare le procedure aziendali relative agli aspetti medico legali ed assicurative collegate con la gestione del rischio clinico;
- ✦ Alimentazione costante e completa dei flussi informativi del sistema SIMES relativamente sia agli eventi sentinella e sia alla denuncia dei sinistri.

LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

I componenti il Gruppo Regionale di Coordinamento, individuati dal Dipartimento di Salute Sicurezza e Solidarietà Sociale, dovranno sviluppare una specifica **FUNZIONE** dedicata alla gestione degli errori e degli eventi avversi in ambito clinico e sanitario secondo le linee di seguito definite:

1. LE LINEE PER LO SVILUPPO DELLA FUNZIONE

- a) **Livello Strategico**
- b) **Livello Operativo**

1-A-1 Livello Strategico del COORDINAMENTO Regionale

Definire un Piano di azione regionale per costruire sensibilità e attenzione strategica da parte dei massimi organi di governo aziendali sul tema della sicurezza dei pazienti e, più in particolare su quello del rischio di errori ed eventi avversi che si possono verificare nella pratica clinica e sanitaria.

1-A-2 Livello Strategico AZIENDALE

L'organo preposto al livello strategico di ciascuna azienda della funzione è il **Collegio di Direzione** che agisce sotto l'impulso ed il Coordinamento del **Direttore Sanitario Aziendale e di Presidio** che approva:

- il Rapporto annuale sul profilo del rischio;
- il Piano di attività annuale;

Il **Rapporto annuale sul profilo del Rischio** è la sintesi delle informazioni relative al profilo di rischio derivante dal monitoraggio dell'insieme delle fonti informative aziendali. Esso identifica le aree di rischio e le priorità di intervento.

Il **Piano di attività annuale per la gestione del rischio** è il documento che determina le linee annuali di gestione del rischio clinico, identificando le risorse dedicate al programma e la loro allocazione sulle diverse linee di azione/progetti specifici.

1-B-1 Livello OPERATIVO del COORDINAMENTO Regionale

COMPITI DEL COORDINAMENTO REGIONALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

- ✓ **Supporto Tecnico;**
- ✓ **Consulenza;**

- ✓ Monitoraggio;
- ✓ Implementazione dei sistemi informativi;
- ✓ Valutazione epidemiologica e qualità;
- ✓ Formazione;

ADEMPIMENTI DEL COORDINAMENTO REGIONALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

- **Definire Linee Guida per la Gestione del Rischio Clinico;**
- **Presentare Progetti;**
- **Presentare un rapporto annuale di attività;**
- **Presentare un rapporto preliminare del profilo di rischio delle varie Aziende;**

TASK FORCE

In caso di necessità, come strumento di collegamento e integrazione tra attività svolte dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico e le singole Aziende, verrà attivata una **Task Force** che faciliterà la realizzazione del Programma Regionale di Gestione del Rischio Clinico, garantendo omogeneità di realizzazione su scala regionale e si attiverà su richiesta a seconda delle necessità.

1-B-1 Livello OPERATIVO AZIENDALE

La funzione per la gestione del Rischio Clinico è attestata preferibilmente alla Direzione Sanitaria di Presidio e o di Distretto della Salute di ciascuna Azienda.

Compiti: implementazione e applicazione degli indirizzi del Coordinamento Regionale, anche tramite proposte di modifica e/o di integrazione.

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 28-2-11
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. Luongo