

Deliberazione n° 143 del 8 marzo 2018

OGGETTO: Definizione del "Modello organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico" ed aggiornamento della rete aziendale e dei facilitatori per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico

IL REFERENTE U.O.C. RISK MANAGEMENT

Premesso che

- la prevenzione e la gestione del rischio clinico costituiscono per l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta un'esigenza prioritaria per l'ottimizzazione della qualità dell'assistenza sanitaria, sia sotto l'aspetto dell'appropriatezza che della sicurezza delle cure e la gestione del contenzioso;
- la qualità e la sicurezza nelle cure dei pazienti è componente strutturale dei LEA e rappresenta un elemento fondamentale del governo clinico;
- la Regione Campania con DGRC n. 1688/2005 e successivi decreti ha dettato le indicazioni programmatiche per l'avvio nelle Aziende Sanitarie di apposite metodologie, sistemi e strumenti finalizzati alla Gestione del Rischio Clinico e per realizzare sul territorio campano una rete di referenti/coordinatori aziendali di gestione del rischio clinico e una infrastruttura professionale (team);
- la Regione Campania ha sviluppato in questi anni numerose iniziative finalizzate alla diffusione e all'adozione di metodi e strumenti per la gestione del rischio clinico ed ha attivato un sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), degli eventi sentinella per rispondere al debito informativo regionale nei confronti del Ministero della Salute.

Visto che

- con atto deliberativo n° 946 del 11.11.2003 questa Azienda Ospedaliera individuava la gestione del rischio aziendale quale problematica di assoluta rilevanza nel sistema di governo della struttura ospedaliera e dava mandato tra l'altro, al responsabile designato, di elaborare il progetto ed il relativo piano di azioni (contenuti, tempi, obiettivi, risultati, indicatori di verifica) e di individuare i referenti di unità operativa/settore per la commissione del rischio clinico;

- con atto deliberativo n. 857 del 16.09.2004 veniva formalizzato il documento di progetto per la gestione del rischio clinico finalizzato alla realizzazione di percorsi e processi utili alla realizzazione operativa di quanto descritto;
- l'attuale assetto strutturale dell' Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" è mutato e nel corso degli anni alcuni componenti della rete aziendale dei facilitatori per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico sono andati in quiescenza.

Ritenuto che

- risulta necessario ridefinire gli organismi, le funzioni e le modalità organizzative, attraverso cui l'uoc Risk Management, istituita con delibera n. 857 del 16.09.2004, deve svolgere la sua attività;
- risulta necessario dover aggiornare, per quanto sopra detto, l'elenco dei facilitatori per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico che sono andati in quiescenza individuando gli operatori ritenuti più idonei;
- risulta opportuno che gli operatori individuati vengano, a breve, opportunamente formati e/o aggiornati riguardo alle competenze nelle metodologie della valutazione del rischio clinico e/o di valutazione e miglioramento della qualità .

Attestata

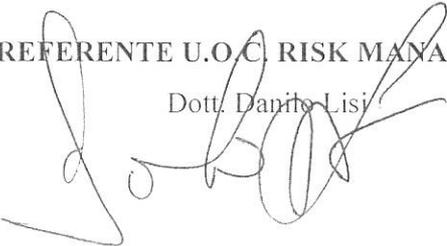
la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia

PROPONE

1. di approvare il nuovo "Modello organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico" e l'aggiornamento della rete aziendale dei facilitatori per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico che, allegati alla presente deliberazione ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
2. di prevedere, a breve, la formazione i facilitatori per la Gestione del Rischio Clinico al fine di contribuire efficacemente alla gestione del rischio clinico;
3. di trasmettere copia della presente deliberazione a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, a tutti i Direttori/Responsabili ed ai coordinatori delle uuoo clinico assistenziali, al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché alla U.O.C. Affari Generali e Legali, al Responsabile Servizio Protezione e Prevenzione, alla U.O.C Ingegneria Ospedaliera e Servizi Tecnici, alla U.O.C. S.I.A., alla U.O.C. AMAS ed alla U.O.C. Medicina Legale.
4. di rendere la stessa immediatamente eseguibile, per l'urgenza.

IL REFERENTE U.O.C. RISK MANAGEMENT

Dott. Danilo Lisi



Modello organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico

Premessa

Il governo clinico rappresenta la volontà di perseguire un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo.

Le politiche sanitarie Aziendali, ai diversi livelli di governo del sistema, hanno come presupposto l'assunto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni da essi erogate, venga accettata come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano.

In questo senso, la qualità cessa di essere considerata una dimensione separata, collaterale e parallela e, invece, diventa parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi Aziendali, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole Unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

In particolare, il monitoraggio di processi e di esiti, mediante un sistema di indicatori e lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali, la verifica della loro applicazione, nonché l'insieme delle azioni finalizzate al controllo qualità, rappresentano i determinanti di un efficace governo clinico.

L'Azienda, in quest'ottica, adopera tutti gli strumenti utili in ambito di evidence based medicine, evidence based care, miglioramento continuo della qualità, disease management, technology assessment, audit clinico, peer review.

Una particolare attenzione è stata posta alla gestione del rischio: la U.O.C. Risk Management, infatti, già da tempo opera attraverso l'implementazione di metodologie che, attraverso un approccio sistemico, si prefiggono di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione relazionale.

Tale unità operativa svolge il proprio compito cercando di superare i limiti di una funzione isolata e settoriale del Risk Management in cui la sicurezza aziendale è curata a compartimenti stagni da articolazioni che lavorano ognuna all'insaputa dell'altra.

Questo sistema integrato di Risk Management prevede:

- ✓ un' analisi preliminare della documentazione tecnica e delle procedure organizzative (analisi storica degli eventi accidentali, reclami, etc...);
- ✓ un'identificazione delle situazioni in grado di generare rischio (sopralluoghi nei reparti e audit con il personale);
- ✓ la definizione e la realizzazione di azioni di miglioramento delle soglie di rischio clinico e delle possibili alternative.

La sua attuazione crea ripercussioni operative quali:

- ✓ miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso una riduzione dei rischi legati al processo diagnostico, terapeutico assistenziale e offrendo maggiori garanzie di sicurezza al paziente;
- ✓ tutela sugli operatori sanitari (vero capitale aziendale) rispetto alle accuse di malpractice;
- ✓ miglioramento dell'immagine dell'Azienda.

Metodologia

Per implementare l'inesauribile processo di prevenzione degli errori e abbattimento delle insicurezze nei servizi erogati dall'Azienda, l'unità operativa Risk Management deve continuamente approfondire la conoscenza dei rischi presenti nella propria organizzazione.

Ciò viene fatto coinvolgendo le parti interessate (anche il paziente quando è il caso), impiegando le tecniche e/o gli strumenti richiesti dalle analisi proattive, reattive o retrospettive di volta in volta necessarie e rimarcando sempre che il protagonista della sicurezza assistenziale è chiunque eroga la prestazione.

Poi, la definizione condivisa dei correttivi, il monitoraggio delle più gravi criticità ed il ritorno dei dati al personale dei reparti trasformano le esperienze dirette in occasioni preziose di efficace apprendimento, diffusione e innovazione.

Principali Attività svolte dall'uoc Risk Management

- ✓ gestione del sistema di Incident Reporting;
- ✓ registrazione, analisi, monitoraggio e valutazione degli eventi avversi e sentinella segnalati con ritorno informativo ai reparti dei correttivi da attuare e trasmissione documentale dei casi alla Regione Campania e al Ministero come da protocollo ministeriale (schede A e B);
- ✓ presa in carico di pazienti, famigliari e visitatori dopo infortunio occorso nella nostra struttura aziendale;
- ✓ applicazione e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali attraverso l'elaborazione di procedure;
- ✓ effettuazione, con gli operatori coinvolti nell'assistenza al paziente vittima, della indagine Root Cause Analysis degli eventi sentinella per definire i piani d'azione necessari ad evitare il ripetersi di analoghi casi;

- ✓ aggiornamento e monitoraggio raccomandazioni sul sito web dell’Agenas;
- ✓ gestione del FLUSSO SIMES (Monitoraggio degli Errori in Sanità);
- ✓ mappatura, monitoraggio e controllo delle aree a rischio e delle fasi critiche dei processi;
- ✓ individuazione e attuazione delle possibili azioni correttive e delle soluzioni per la riduzione dei danni al paziente a causa di errore umano o di processi assistenziali inadeguati;
- ✓ collaborazione con la U.O.C. Affari Generali e Legali e la U.O.C. Medicina Legale per la riduzione del contenzioso e per il contenimento dei costi assicurativi;
- ✓ assolvimento dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute e della Regione.

Ognuno dei riscontri sopra elencati richiede un enorme impegno per superare le criticità legate all’approfondimento tecnico delle singole problematiche, al coinvolgimento/supporto degli operatori interessati e alla accettazione da parte di questi del cambiamento operativo – organizzativo indispensabile per la messa in sicurezza delle pratiche assistenziali considerate.

Modalità Operative

L'effettuazione del lavoro innanzi descritto comporta, più in dettaglio, la difficoltà di:

- ✓ affrontare contemporaneamente più criticità (perché le problematiche non mancano sono numerose e sempre concatenate);
- ✓ ricercare e studiare preliminarmente la documentazione scientifica del caso in esame (perché le problematiche sono delicate, complesse e implicano la conoscenza di una “tecnica”);
- ✓ andare ripetutamente nei reparti a comprenderne approfonditamente il reale funzionamento (perché le problematiche sono diverse in rapporto alle singole situazioni specialistiche - ambientali - operative - comportamentali);
- ✓ attivare e governare frequentemente riunioni di lavoro (perché l'analisi delle problematiche richiede laboriosi approfondimenti e va fatta con i soggetti coinvolti);
- ✓ discutere esaustivamente con gli interlocutori interessati e motivarli adeguatamente (perché le soluzioni non sono facili, vanno concordate, spesso comportano un grosso cambiamento sia clinico - assistenziale che organizzativo e trovano per lo più gli operatori resistenti al cambiamento);
- ✓ accrescere ed aggiornare le proprie conoscenze professionali sulle infinite dinamiche della sicurezza clinica (perché la disciplina della gestione del rischio è l'avanguardia culturale di una nuova concezione della sanità e produce continue innovazioni teorico-pratiche).

Risulta quindi evidente che per attuare un sistema integrato per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente è necessario costruire una rete aziendale che si sviluppi su più livelli:

1. Un livello strategico

Qualità e sicurezza delle prestazioni e dei processi sono obiettivo fondamentale della pianificazione di livello strategico; la Direzione Aziendale è direttamente coinvolta nella gestione del sistema.

2. Un livello di coordinamento e supporto

Costituito da un referente dell’area medica e da un referente dell’area delle professioni sanitarie che afferiscono all’uoc Risk Management e si dedicano a tempo pieno a supportare e coordinare la rete Qualità e Sicurezza aziendale.

3. Un livello di management intermedio

Costituito dal Comitato di Gestione del rischio clinico formato da coloro che hanno responsabilità di conduzione delle diverse articolazioni organizzative dell’Azienda e quindi di gestire risorse umane e tecniche e di garantire il raggiungimento di adeguati standard di qualità e sicurezza.

4. Un livello di diffusione, ascolto, facilitazione

Costituito da operatori con funzione di facilitatori per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico, distribuiti in ogni unità operativa.

5. Un livello operativo

Costituito da tutti gli operatori dell’Azienda che lavorano quotidianamente sui processi sanitari, tecnici ed amministrativi, determinando con le proprie scelte e le proprie azioni la Qualità e la Sicurezza delle prestazioni erogate.

Considerato che l’attuale assetto strutturale dell’Azienda Ospedaliera “Sant’Anna e San Sebastiano” è mutato e che nel corso degli anni alcuni componenti della rete aziendale dei facilitatori per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico sono andati in quiescenza, si rende opportuno e necessario ridefinire gli organismi, le funzioni e le modalità organizzative, attraverso cui l’uoc Risk Management, istituita con delibera n. 857 del 16 /09/2004 , deve svolgere la sua attività.

Il nuovo modello organizzativo aziendale della Rete per la Qualità e la Sicurezza del paziente prevede la seguente articolazione:

- ❖ Comitato di gestione del rischio clinico
- ❖ Facilitatori per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico

Le articolazioni sopra ricordate costituiscono un’apposita Area omogenea in forza allo Staff della Direzione Sanitaria e sono impegnate a lavorare in modo sinergico per promuovere la cultura del miglioramento continuo, coinvolgere e sensibilizzare i protagonisti dei processi assistenziali nel perseguire qualità e sicurezza delle cure, diffondere la logica e gli strumenti della autovalutazione.

Rete per la Qualità e la Sicurezza del paziente

Comitato di gestione del rischio clinico

Il Comitato di Gestione del rischio clinico, presieduto dal Direttore Sanitario aziendale o suo delegato e coordinato dal direttore dell’uoc Risk Management, svolge le funzioni ed i compiti di seguito indicati:

- ✓ formula proposte ai fini della definizione delle politiche aziendali e l’articolazione degli obiettivi strategici in materia;
- ✓ collabora alla stesura ed al monitoraggio dell’attuazione del piano annuale di gestione del rischio clinico;
- ✓ promuove/organizza programmi di formazione e aggiornamento sul tema della prevenzione e gestione del rischio, da inserire nel Piano di Formazione Aziendale;
- ✓ definisce gli ambiti e le azioni prioritarie di intervento (già in atto o da attivare);
- ✓ partecipa alla definizione e strutturazione del sistema informativo per la sicurezza del paziente;
- ✓ promuove l’implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali e l’integrazione con gli altri sistemi di gestione aziendali.

Si riunisce almeno 2 volte l’anno ed è composto da:

- ✓ Direttore Sanitario Aziendale (Presidente)
- ✓ Direttore dell’uoc Risk Management (con funzioni di coordinamento)
- ✓ Referente/Coordinatore dell’area medica del Risk Management
- ✓ Referente/Coordinatore dell’area delle professioni sanitarie del Risk Management
- ✓ Responsabile UOSd Servizio Prevenzione e Protezione
- ✓ Direttore U.O.C. Ingegneria Ospedaliera e Servizi Tecnici
- ✓ Direttore U.O.C. S.I.A.
- ✓ Direttore U.O.C. AMAS
- ✓ Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali
- ✓ Direttore U.O.C. Medicina Legale
- ✓ Direttori dei Dipartimenti interessati di volta in volta dallo specifico ordine del giorno, così come individuati dalla lettera di convocazione.

La sua composizione può ricomprendere, inoltre, in funzione della complessità organizzativa dell’Azienda o in relazione alla discussione di specifiche tematiche ogni altro professionista che si ritenga opportuno coinvolgere.

Tutti i componenti hanno l’obbligo di partecipare ai lavori dello stesso e di nominare un sostituto che, in caso di assenza, dovrà partecipare alla riunione.

La rete dei facilitatori per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico

Il fulcro del sistema Qualità e Sicurezza si basa su una rete capillare di professionisti scelti nei diversi settori di appartenenza, denominati “Facilitatori” aventi il compito di promuovere la cultura del miglioramento, di dare ascolto alle problematiche dei professionisti e di facilitare i processi di autovalutazione e l’attuazione di requisiti, pratiche e raccomandazioni per la qualità e la sicurezza delle cure.

Per ogni unità operativa svolgono la funzione di facilitatore un rappresentante dell’area Medica/SPTA e uno dell’area delle professioni sanitarie indicati dal Direttore Sanitario (cfr. allegato 1).

I Facilitatori della qualità e sicurezza si coordinano nella loro attività con l’uoc Risk Management.

Il facilitatore di Unità Operativa:

- promuove la cultura della sicurezza nella u.o.;
- promuove la diffusione della scheda di Incident Reporting;
- promuove la diffusione, l’applicazione ed il monitoraggio delle linee strategiche e procedure emanate dall’uoc Risk Management;
- provvede alla raccolta delle segnalazioni degli eventi, incidenti, quasi eventi e alla loro trasmissione all’uoc Risk Management;
- partecipa alle azioni di analisi dell’evento/quasi evento nell’ambito degli audit, RCA;
- promuove la partecipazione degli interessati alle iniziative di analisi e valutazione dell’evento/quasi evento;
- collabora alle attività di formazione ed aggiornamento specifiche;
- elabora un report annuale sulle attività svolte nella propria u.o.

ELENCO FACILITATORI RISK MANAGEMENT

DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	Referente Medico/SPTA	Referente Professioni Sanitarie
Cardiochirurgia	Marmo Jhoseph - Meo Salvatore	Argenziano Vincenzo - Sergio Rosa - Maddaloni Giuseppe
Cardiologia d'Emergenza con UTIC	Cicala Silvana - Fusco Angela	Sabatano Maria - Basilicata Enza
Cardiologia Clinica a Direzione Universitaria con UTIC	Soletti Maria	Casals Marin Cristina
Chirurgia Vascolare	Coppola Giuseppe	Farina Carmela
Cardiologia Interventistica	Perrotta Rocco	Savino Antonio
DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE	Referente Medico/SPTA	Referente Professioni Sanitarie
Chirurgia Generale ed Oncologica	Cuomo Ugo Manlio	D'Angelo Pasquale
Chirurgia Maxillo-facciale ed Odontostomatologia	Farina Vincenzo	Zuna Attilio
Otorinolaringoiatria	Cocchiarella Mariano	Scala Antonino
Urologia	Santonastaso Carmine	Sparagana Francesca
Day Surgery Polispecialistica	Prisco Bruno	Di Lorenzo Elisabetta
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	Referente Medico/SPTA	Referente Professioni Sanitarie
Medicina e chirurgia d' Urgenza	Pardo Francesco - Salzillo Marta	Sabbato Catia - Brocchieri Francesca
Chirurgia dei Grossi Traumi	Buonincontro Silvio	Sacco Antonietta
Neurochirurgia	De Paulis Danilo	Leonetti Concetta Anna
Ortopedia e Traumatologia	Zanforlino Giovanni	De Lucia Emilia
Anestesia e Rianimazione	Orsini Ivana - Varone Maria Rosaria	Farina Alfonso - Diana Giuliana
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO	Referente Medico/SPTA	Referente Professioni Sanitarie
Ematologia ad indirizzo Oncologico	Farina Giuliana	Guarino Nunzio
Oncologia medica	Turitto Giacinto	De Vivo Gaetano
DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLE DONNA E DEL BAMBINO	Referente Medico/SPTA	Referente Professioni Sanitarie
Ostetricia e Ginecologia a Direzione Universitaria	Carucci Antonio	Russo Raffaella
Pediatria	Adinolfi Bianca	Carrozzini Gabriella
TIN e TNE Neonatologia 1° e 2° Livello	Grassia Carolina	Barbato Laura
DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE	Referente Medico/SPTA	Referente Professioni Sanitarie
Gastroenterologia	Mancino Mariagrazia	Maietta Giovanna
Geriatrica	Schiavo Luigi	Feola Pasqualina
Malattie Infettive e Tropicali a Direzione Universitaria	Simeone Filomena	Picozzi Michelina
Medicina Interna	Reale Paolo	Giannetti Giovanna
Nefrologia e Dialisi	Pascale Carmen	D'Orsi Pasquale
Neurologia	Caranci Giovanni	Greco Maria
Pneumologia - Fisiopatologia respiratoria	Di Perna Felice	Ferrara Giuseppina
Endocrinologia e malattie dismetaboliche	De Crescenzo Gennaro	Vanore Luigi
Neuroriabilitazione spinale - Recupero e Riabilitazione Funzionale	Ferrara Giuseppe	Russo Massimo
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI	Referente Medico/SPTA	Referente Professioni Sanitarie
Diagnostica per Immagini	Potenza Lucia	Matera Pasquale - Carrillo Raffaella
Immunoematologia e Centro Trasfusionale	Massa D'Elia Fabrizia	Biazzo Carmela
Patologia Clinica	Leardi Annalisa	Labella Stefano
Anatomia Patologica	Orabona Pasquale	Tusciano Gianluca

Vista la su estesa proposta di deliberazione, si esprime parere favorevole.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Antonietta Siciliano



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Gaetano Gubitosa



IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

nominato con D.G.R.C. n. 297 del 23.05.2017
impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.212 del 30.05.2017
deliberazione D.G. n. 1 del 31.05.2017 – immissione in servizio

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore Sanitario;
- Visto i pareri favorevoli resi sulla stessa dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

DELIBERA

Per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

1. **APPROVARE** il nuovo “Modello organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico” e l'aggiornamento della rete aziendale dei facilitatori per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico che, allegati alla presente deliberazione ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
2. **PREVEDERE**, a breve, la formazione dei facilitatori per la Gestione del Rischio Clinico al fine di contribuire efficacemente alla gestione del rischio clinico;
3. **TRASMETTERE** copia della presente deliberazione a tutti i Direttori di Dipartimento e, per loro tramite, a tutti i Direttori/Responsabili ed ai coordinatori delle uouo clinico assistenziali, al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché alla U.O.C. Affari Generali e Legali, al Responsabile Servizio Protezione e Prevenzione, alla U.O.C. Ingegneria Ospedaliera e Servizi Tecnici, alla U.O.C. S.I.A., alla U.O.C. AMAS ed alla U.O.C. Medicina Legale.
4. **RENDERE** la stessa immediatamente eseguibile, per l'urgenza.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



