



Provincia Autonoma di Trento

AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI

Trento – via Degasperi 79

VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Reg. delib. n. 473|2011

OGGETTO: Riorganizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio clinico nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

CLASSIFICAZIONE: 5.1

Il giorno **19/10/2011** nella Sede dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari sita in Trento, via Degasperi 79, il dott. Flor Luciano, nella sua qualità di

Direttore Generale

nominato con deliberazione della Giunta Provinciale di Trento n. 2501 del 05 novembre 2010, esamina l'argomento di cui all'oggetto.

OGGETTO: Riorganizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio clinico nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

Il Direttore dell'Area Sistemi di Governance riferisce quanto segue:

Come noto, la sicurezza del paziente nell'ambito di tutte le attività di prevenzione, diagnosi e cura, erogate sia in condizioni di degenza ospedaliera che di assistenza ambulatoriale e domiciliare, è una priorità che riguarda tutte le organizzazioni sanitarie. In tal senso si muovono da anni la letteratura medico-scientifica, gli indirizzi normativi e le linee guida per le buone pratiche nazionali ed internazionali oltre al *trend* delle richieste di risarcimento per asserita responsabilità (colpa) professionale, parallelamente alle sempre crescenti aspettative dei cittadini in questo settore.

La Legge Provinciale n. 16 del 23 luglio 2010 di riordino del servizio sanitario provinciale trentino dà risalto al tema della prevenzione del rischio clinico esplicitando all'art. 2 comma 3 che il servizio sanitario provinciale si ispira ad una serie di principi tra i quali (punto e) la "continuità assistenziale e approccio unitario ai bisogni di salute secondo criteri di appropriatezza, efficacia e **sicurezza**". All'art. 24, inoltre, nell'ambito della formazione continua del personale, viene riconosciuta quale "garanzia del miglioramento della qualità del servizio sanitario provinciale [...] **il rafforzamento della cultura della gestione del rischio clinico e della prevenzione degli eventi dannosi.**"

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (di seguito denominata APSS) da anni si muove nella logica della governance integrata, entro una cornice complessiva di integrazione tra i processi e sviluppo dell'organizzazione coerente con il Modello EFQM per l'eccellenza e fondata sui principi della promozione della salute e del miglioramento continuo della qualità, rispetto ai quali l'obiettivo della sicurezza dei pazienti è ritenuto strategico e prioritario per tutte le strutture e i processi aziendali.

Prima del recepimento della L.P. 16/2010 con Regolamento di Organizzazione del 31 marzo 2011 (di cui si dirà più sotto), l'APSS aveva inserito il tema della sicurezza dei pazienti tra le azioni guida del Piano di sviluppo strategico 2005-2009 e ciò ha trovato riscontro negli anni scorsi in alcune concrete iniziative:

- attivazione dell'Osservatorio per il monitoraggio e la prevenzione dei rischi (delibera del Direttore Generale n. 1297, dd. 31 maggio 2000);
- istituzione del Comitato per la sicurezza del paziente (delibera del Direttore Generale n. 1299, dd. 17 novembre 2004);
- definizione della filiera delle responsabilità e le procedure per la gestione di sinistri (delibera del Direttore Generale n. 927, dd. 23 agosto 2006);
- istituzione del Comitato integrato per la sicurezza (Delibera del direttore generale n. 1256, dd. 31 ottobre 2007);
- avvio del sistema di monitoraggio dei *near misses*, dei *no harm events* e degli *adverse events* (delibera del Direttore Generale n. 936, dd. 23 agosto 2008);
- attivazione del sistema di monitoraggio degli eventi sentinella (delibera del Direttore Generale n. 163, dd. 11 febbraio 2009);
- riorganizzazione delle attività di gestione del rischio clinico (delibera del Direttore Generale n. 1178 del 24 dicembre 2009);

- promozione di numerose attività formative finalizzate a sensibilizzare gli operatori sanitari e a far loro acquisire le necessarie competenze nell'analisi sistematica degli eventi avversi e delle loro cause.

Con Regolamento di Organizzazione del 31 marzo 2011, l'APSS ha dato attuazione all'art. 37 della sopracitata L.P. 16/2010. Anche in tale documento il tema della prevenzione e gestione del rischio clinico trova ampio risalto. In particolare, al capitolo 1.3 in cui viene descritta la visione aziendale, "lo sviluppo di sistemi e strumenti di risk management" viene individuato tra le strategie di governance integrata per "la promozione della qualità e dell'innovazione in campo clinico-assistenziale, tecnologico e organizzativo". Il capitolo 4.5.1 è specificamente intitolato "Il risk management" e recita:

"Al fine di sostenere e diffondere all'interno della propria organizzazione cultura e sensibilità rispetto alle tematiche della sicurezza dei pazienti nell'ambito delle attività sanitarie, l'APSS adotta un sistema di risk management, col quale l'organizzazione e i professionisti possono rilevare, valutare e correggere gli errori e promuoverne la sicurezza dei pazienti. Esso è una componente essenziale della funzione di governo clinico.

L'APSS dispone l'organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio nell'ambito di un Piano aziendale di gestione del rischio, che si integra con i programmi per la sicurezza dei lavoratori.

Le attività relative al Programma aziendale di gestione del rischio hanno nel Comitato Direttivo l'organo di governo e nei Dipartimenti e distretti la principale sede operativa e di gestione."

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 311 del 15 giugno 2011, l'APSS ha, altresì, istituito il Comitato valutazione sinistri, con "compiti di analizzare le istanze di mediazione pervenute e di formulare proposte in merito alle stesse alla Direzione aziendale per orientarne le decisioni in sede di procedimento di conciliazione obbligatoria, di fornire supporto all'esame delle richieste risarcitorie pervenute e di **collaborare, anche attraverso periodici e strutturati momenti di confronto, con l'Unità di gestione del Rischio (UGR) le cui funzioni sono in via di rivisitazione**"

Le recenti norme ed il nuovo assetto organizzativo dell'Azienda rendono necessario ridefinire il modello Aziendale per la prevenzione e gestione del rischio clinico, anche "armonizzandolo" a iniziative, coerenti con l'obiettivo strategico di migliorare la sicurezza dei pazienti, riconducibili alle attività di altri gruppi di lavoro e team di progetto quali:

- Comitato infezioni ospedaliere (CIPASS e CIO)
- Gruppo Legionellosi
- Gruppo gestione rifiuti sanitari
- Comitato buon uso del sangue
- Team di lavoro per Accreditamento istituzionale e professionale.

In linea, peraltro, con le scelte organizzative che l'APSS aveva già adottato nel campo della sicurezza del paziente e della gestione del rischio clinico e con l'obiettivo di svilupparle ulteriormente, per migliorare il coinvolgimento dei professionisti e dei pazienti e incrementare solidità ed efficacia delle azioni realizzate, vanno ridefiniti gli attori del sistema e le specifiche aree di responsabilità da collocare, funzionalmente, all'interno di una filiera organizzativa coordinata, a livello centrale, nell'ambito dell'Area Sistemi di Governance **dal Comitato aziendale per la prevenzione e gestione del rischio clinico**. Tale Comitato centrale dovrà fornire, sulla base delle direttive e priorità indicate dalla Direzione dell'Azienda, e in "collegamento" con il Collegio per il Governo Clinico, gli elementi per le attività di programmazione, supporto ed indirizzo nel campo

specifico della gestione del rischio clinico, che una rete di professionisti qualificati, diffusa nelle articolazioni organizzative fondamentali e nelle unità operative a loro afferenti, saranno in grado di assumere ai vari livelli di operatività con un ruolo proattivo, garantendo lo svolgimento di concrete attività richieste nell'ambito delle politiche per la sicurezza del malato.

Ciò premesso

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto della relazione del Direttore dell'Area Sistemi di Governance;

Fatte proprie le motivazioni espresse dal proponente e condivisa, in particolare, la necessità di dare ulteriore impulso alle politiche orientate alla sicurezza del paziente nonché alla prevenzione ed alla gestione del rischio clinico,

DELIBERA

1. Di istituire, nell'ambito dell'Area Sistemi di Governance, il **Comitato per la prevenzione e gestione del rischio clinico**, gruppo multidisciplinare e multi professionale, parte integrante del sistema qualità aziendale con il ruolo di promozione e coordinamento a livello centrale delle attività sul tema del rischio clinico medesimo.
2. Che al **Comitato per la prevenzione e gestione del rischio clinico** vengono attribuite le seguenti funzioni:
 - identificazione delle tipologie di rischio presenti nelle diverse realtà aziendali e definizione di flussi informativi atti a costruire una "mappatura" del rischio clinico in Azienda;
 - stesura di un piano annuale/polienale di attività che individui le azioni strategiche che dovranno essere inserite nei piani di attività delle singole Unità Operative della *line* aziendale;
 - implementazione dell'utilizzo di strumenti per la rilevazione ed il monitoraggio degli errori accaduti o mancati;
 - individuazione delle "aree critiche", anche sulla base della "mappatura del rischio" di cui al primo punto, con definizione degli ambiti e delle azioni prioritarie di intervento;
 - implementazione delle *raccomandazioni* ministeriali e predisposizione, se del caso ed alla luce dell'esperienza concreta, di raccomandazioni specifiche;
 - definizione di interventi organizzativi e di altro tipo (es. adozione di tecnologie) per la prevenzione e riduzione degli errori evitabili;
 - definizione di sistemi di monitoraggio per la verifica dei risultati degli interventi di prevenzione e correttivi posti in essere;
 - definizione di un sistema di reporting appropriato sia per le unità periferiche che per la direzione aziendale;
 - promozione di una cultura della sicurezza anche attraverso la promozione / organizzazione di programmi di formazione e aggiornamento (in collaborazione con il Servizio Formazione aziendale) sul tema della prevenzione e gestione del rischio clinico, da inserire nel Piano Formazione Aziendale, da realizzare attraverso specifici piani annuali per la formazione continua del personale della *line* aziendale, valorizzando le competenze interne e le esperienze concrete;

- integrazione (attraverso la reciproca informazione e la definizione di momenti strutturati di confronto/aggiornamento) con le funzioni del “Comitato valutazione sinistri”, deputato all’esame dei casi oggetto di richiesta risarcitoria;
 - integrazione (attraverso la reciproca informazione e la definizione di momenti strutturati di confronto/aggiornamento) con gli altri gruppi di lavoro che si occupano di tematiche inerenti la sicurezza del paziente (es. Comitato Prevenzione Infezioni da Assistenza Sanitaria, Comitato Buon Uso del Sangue, ecc.).
3. Di individuare il Direttore del SOP, i Direttori Medici di Presidio Ospedaliero ed i Direttori di Distretto, quali garanti dell’applicazione operativo - gestionale delle direttive aziendali in tema di prevenzione e gestione del rischio clinico e dell’individuazione di figure referenti che vadano a costituire la “rete operativa” all’interno delle diverse Strutture. In particolare, essi dovranno svolgere un ruolo attivo di indirizzo e coordinamento nelle iniziative locali, coerenti con l’obiettivo generale di migliorare la sicurezza, nella implementazione delle *raccomandazioni* ministeriali e verifica sull’attuazione delle raccomandazioni predisposte a livello aziendale e in tutte le azioni decise dalla strategia aziendale in tema di sicurezza del paziente.
4. Di confermare le aree di responsabilità in capo ai Direttori delle Unità Operative, ospedaliere e territoriali, della *line* aziendale, esercitate direttamente o per il tramite di propri collaboratori, circa l’applicazione degli indirizzi, in tema di prevenzione e gestione del rischio clinico, forniti dalla Direzione Aziendale e dalle Direzioni di Struttura. In particolare:
- rilevazione dei *near misses*, dei *no harm events* e degli *adverse events* evidenziatisi nella pratica assistenziale, analisi dei singoli casi, segnalazione dell’accaduto utilizzando le apposite procedure aziendali, messa in essere delle idonee azioni correttive e verifica dell’attuazione delle medesime;
 - partecipazione attiva agli *audit* clinici e alle RCA nel caso di eventi sentinella;
 - collaborazione attiva e propositiva alle iniziative locali coerenti con l’obiettivo generale di migliorare la sicurezza.
5. Di individuare nelle seguenti figure la composizione del Comitato per la prevenzione e gestione del rischio clinico:
- Il Direttore Servizio Governance Clinica (con funzioni di Coordinamento)
 - Un medico del Servizio Governance Clinica
 - Un Medico legale
 - Un Direttore Medico Referente SOP
 - Un Direttore di Distretto Referente Distretti
 - Un Dirigente Infermieristico Referente Servizio Professioni Sanitarie
 - Un Referente Comitato Valutazione Sinistri
 - Un Direttore di U.O.C. di area chirurgica
 - Un Direttore di U.O.C. di area medica
 - Un Direttore di U.O.C. di area dei servizi diagnostici
 - Un Direttore di farmacia
6. Il Comitato esecutivo può avvalersi di tutte le competenze aziendali cliniche e non, al fine del perseguimento degli obiettivi di lavoro

7. Il Responsabile del Comitato riferisce periodicamente alla Direzione aziendale sullo stato dell'arte delle attività di prevenzione e gestione del rischio clinico poste in essere.
8. L'individuazione nominativa formale dei componenti del Comitato avverrà con nota successiva a firma del Direttore Generale.
9. Con la presente Deliberazione viene "soppressa" la precedente Unità per la prevenzione e gestione del rischio clinico istituita con la già citata Deliberazione 1178/2009.

Inserita da: Tecnostruttura Area Sistemi di Governance / Negri Rossana

Verbale letto, approvato e sottoscritto.

Il Direttore Generale
Flor Luciano

Il Responsabile Servizio Affari Generali e Legali
Toniolatti Armando

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 82/2005, art. 20, comma 2 che soddisfa il requisito della forma scritta