



OGGETTO : Indicazioni ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie per il raggiungimento degli obiettivi per la gestione del rischio clinico ai sensi della D.G.R. n. 208 del 7/3/2008.

DELIBERAZIONE	N.	621	IN	06/06/2008
		del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA	DATA	

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATE

- la propria deliberazione n. 1308 del 24/11/2006, con la quale è stata istituita la rete regionale del rischio clinico, costituita:
 - dalla Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico, quale organo consultivo e propositivo della Giunta Regionale per la gestione del rischio clinico e quale strumento per promuovere la realizzazione di un approccio integrato alla gestione del rischio all'interno delle strutture sanitarie per il conseguimento di adeguati livelli di sicurezza dei pazienti e degli operatori;
 - dalle Unità di Gestione del Rischio, istituite a livello di ogni Azienda Sanitaria, quale gruppo di lavoro multidisciplinare che garantisce l'integrazione delle competenze legali, tecniche, sanitarie, amministrative presenti nelle Aziende;

e contestualmente ne sono stati definiti gli obiettivi e i compiti;

- il Decreto del Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali n. 43 del 23/02/2007, con il quale sono stati nominati i componenti della Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico, individuati tra i referenti aziendali delle Unità di Gestione del Rischio e da due tecnici: un medico specialista in Medicina Legale e un esperto in materia giuridica e assicurativa, individuati dall'Assessore alla Salute, Politiche della Sicurezza dei Cittadini;
- la propria deliberazione n. 208 del 07/03/2008, nella quale, al punto H dell'allegato n. 3, sono stati forniti i seguenti obiettivi ai Direttori Generali per la gestione del rischio Clinico:

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Alessandra Moisello)

Data - IL SEGRETARIO

06/06/2008 (Dott. Mario Martinero)

ATTO

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

rc



“Promozione di politiche e attività finalizzate alla gestione del rischio clinico all'interno delle Aziende Sanitarie, tenuto conto delle indicazioni che saranno di volta in volta fornite dalla Giunta Regionale, sulla base delle proposte della Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico prevista con dGR n. 1308 del 21/11/2006”;

- la propria deliberazione n. 79 del 01/02/2008, rettificata con deliberazione n. 366 del 04/04/2008, con la quale è stata approvata la convenzione quadro Regione Liguria – Datasiel s.p.a.;

CONSIDERATO

che la suddetta Commissione Regionale di Coordinamento, nel corso dell'anno 2007, ha lavorato attivamente per la definizione di un programma di interventi comuni da adottarsi a livello delle Aziende Sanitarie, con l'obiettivo di:

- uniformare l'approccio alla gestione del rischio;
- diffondere tra gli operatori la conoscenza degli strumenti di gestione del rischio, con particolare riferimento all'Audit, attraverso opportune attività formative, di base e avanzate, modulate in base alle esigenze delle singole Aziende;
- adottare una scheda unificata di rilevazione degli eventi avversi e dei quasi eventi, approvata dalla Commissione e allegata al presente provvedimento (allegato A), che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- informatizzare la scheda unificata degli eventi avversi e dei quasi eventi, secondo un tracciato record che sarà successivamente definito, al fine di predisporre un flusso di dati in grado di implementare un database regionale;
- attivare progetti di buona pratica clinico – organizzativa, anche sulla base delle attività considerate a maggior rischio dal Ministero della Salute ed esplicitate attraverso le raccomandazioni;
- definire un primo set di indicatori, contenuto nell'allegato B al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, utili al monitoraggio delle attività che le Aziende Sanitarie pongono in essere in materia di rischi clinico, in base ai quali la Commissione Regionale di Coordinamento verificherà il raggiungimento degli obiettivi dati;

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Alessandra Moisello)

Data - IL SEGRETARIO

06/06/2008 (Dott. Mario Martinero)

ATTO

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

rc



ATTESO

pertanto che si rende necessario fornire ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie le indicazioni, approvate dalla Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico, al fine del raggiungimento degli obiettivi assegnati con la citata deliberazione n. 208 del 07/03/2008;

SU PROPOSTA

dell'Assessore alla Salute, Politiche della Sicurezza dei Cittadini

D E L I B E R A

1. Di fornire ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, per le motivazioni esplicitate in premessa, le seguenti indicazioni, approvate dalla Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico, al fine del raggiungimento degli obiettivi assegnati con la citata deliberazione n. 208 del 07/03/2008:

- diffondere tra gli operatori la conoscenza degli strumenti di gestione del rischio, con particolare riferimento all'Audit, attraverso opportune attività formative, di base e avanzate, modulate in base alle esigenze delle singole Aziende;
- adottare una scheda unificata di rilevazione degli eventi avversi e dei quasi eventi, approvata dalla Commissione e allegata al presente provvedimento (allegato A), che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- attivare progetti di buona pratica clinico – organizzativa, anche sulla base delle attività considerate a maggior rischio dal Ministero della Salute ed esplicitate attraverso le raccomandazioni;

2. di adottare una scheda unificata di rilevazione degli eventi avversi e dei quasi eventi, approvata dalla Commissione e allegata al presente provvedimento (allegato A), che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

3. di dare atto che tale scheda deve essere adottata da tutte le Aziende Sanitarie e deve costituire il set minimo di dati da inserire in un tracciato record che sarà successivamente definito, al fine di predisporre un flusso di dati in grado di implementare un database regionale;

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Alessandra Moisello)

Data - IL SEGRETARIO

06/06/2008 (Dott. Mario Martinero)

ATTO

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

rc



4. di dare atto che la rilevazione degli eventi avversi e dei quasi eventi, attraverso la scheda unificata, partirà da giugno 2008, con le modalità adottate da ciascuna Azienda, mentre il flusso di dati in Regione inizierà, in via sperimentale, a partire da ottobre 2008 e sarà inserito a regime a far data dal 1 gennaio 2009;
5. di dare atto che, per le attività tecnico informatiche relative alla creazione del flusso di dati, si procederà ad affidare apposito incarico alla Società Datasiel, secondo quanto previsto dalla relativa convenzione quadro Regione Liguria e la suddetta Società, di cui alle citate deliberazioni n. 79/2008 e n. 366/2008;
6. di approvare il set di indicatori, contenuto nell'allegato B al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, utili al monitoraggio delle attività che le Aziende Sanitarie pongono in essere in materia di rischi clinico, in base ai quali la Commissione Regionale di Coordinamento verificherà il raggiungimento degli obiettivi dati.

-----FINE TESTO-----

Si attesta la regolarità amministrativa, tecnica e contabile del presente atto.

Data - IL DIRIGENTE

(Dott. Sergio Vigna)

Data - IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Roberto Murgia)

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Alessandra Moisello)

Data - IL SEGRETARIO

06/06/2008 (Dott. Mario Martinero)

ATTO

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

rc



LOGO
Azienda

Gestione del Rischio Clinico

SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI:

- EVENTI AVVERSI (evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente)**
- QUASI EVENTI (errore che poteva causare un evento avverso evitato per caso fortuito o per intervento di un operatore)**

La presente scheda non ha l'intento di **ricercare il responsabile ma di identificare i problemi**, anche quelli che non hanno arrecato danno ma che avrebbero potuto farlo e le cause ad essi connesse, favorendo così la possibilità di intraprendere azioni che portino alla loro eliminazione prima che si traducano in errori.

Pertanto sulla scheda dovranno essere riportati anche tutti quegli eventi che si verificano nell'attività sanitaria che **potenzialmente costituiscono un rischio** di danno a carico degli utenti e/o degli operatori.

SEDE DELL'EVENTO	<input type="checkbox"/> Presidio/Servizio..... <input type="checkbox"/> U.O.....		
QUALIFICA SEGNALETORE	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro.....		
DATI RELATIVI AL PAZIENTE	N. scheda nosologica.....(facoltativo) Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Età.....		
LUOGO IN CUI SI È VERIFICATO L'EVENTO	<input type="checkbox"/> Camera del paziente <input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Sala Infermieri/sala medica <input type="checkbox"/> Sala Operatoria	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Altro
CIRCOSTANZE DELL'EVENTO	Data.....(anche semplicemente mese) ora..... in cui si è verificato l'evento Turno: <input type="checkbox"/> Mattino <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte <input type="checkbox"/> Festivo		
TIPO DI PRESTAZIONE	<input type="checkbox"/> Ricovero Ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero in DH/DS	<input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Altro.....
PERSONE CHE HANNO CORSO UN RISCHIO DI DANNO	<input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Più pazienti	<input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Visitatori	<input type="checkbox"/> Personale

DESCRIZIONE DELL'EVENTO: (Che cosa è successo?)

TIPO DI EVENTO: (Classificare l'evento indicando una delle tipologie proposte)		
Ritardo di procedura diagnostica	Mancata procedura diagnostica	Inadeguata procedura diagnostica
Ritardo di procedura terapeutica	Mancata procedura terapeutica	Inadeguata procedura terapeutica
Ritardo di procedura chirurgica	Mancata procedura chirurgica	Inadeguata procedura chirurgica
Ritardo prescrizione/somm.ne farmaco	Mancata prescrizione/ somm.ne farmaco	Inadeguata prescrizione/somm.ne farmaco
Ritardo di prestazione assistenziale	Mancata prestazione assistenziale	Inadeguata prestazione assistenziale
Infezione	Reazione da farmaci	Inesattezza di paziente/lato/sede
Malfunzionamento o malposizionamento di dispositivi o apparecchiature		Lesione da inadeguata postura/decubito
Evento collegato a trasfusione	Altro (specificare)	

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO (è possibile anche più di una risposta)

FATTORI LEGATI AL PAZIENTE	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	FATTORI LEGATI AL SISTEMA	Staff inadeguato/insufficiente
	Non cosciente/scarsamente orientato		Insufficiente addestramento/inserimento
	Poca/mancata autonomia		Gruppo nuovo/inesperto
	Barriere linguistiche/culturali		Elevato turn-over
	Mancata adesione al progetto terapeutico		Scarsa continuità assistenziale
FATTORI LEGATI AL PERSONALE	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure		Protocollo/procedura inesistente/ambigua
	Inadeguate conoscenze/inesperienza		Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure
	Fatica/stress		Mancato coordinamento
	Presenza scorciatoia/regola non seguita		Mancata/inadeguata comunicazione
	Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta		Mancanza/inadeguatezza attrezzature
	Mancata supervisione	Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature	
	Scarso lavoro di gruppo	Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo	
Mancata verifica preventiva apparecchiature	Ambiente inadeguato		

Altri fattori (specificare):

Fattori che possono avere ridotto l'esito

- individuazione precoce buona pianificazione fortuna altro

A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie? SI NO

Indagini di laboratorio	Altre indagini	Medicazioni	Ricovero in TI
Indagini radiologiche	Visita Medica	Intervento chirurgico	Trasferimento
ECG	Consulenza specialistica	Ricovero ordinario	Altro.....

Come si poteva prevenire l'evento? (es. verifica attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme ecc.) Specificare

L'evento è documentato in cartella clinica? Si No **Il paziente è stato informato dell'evento?** Si No

Firma (facoltativa).....Data Compilazione.....

ALLEGATO B

INDICATORI PER IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' POSTE IN ESSERE DALLE AZIENDE SANITARIE IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	MISURA	Raggiunto %
L'U.G.R. predispone un Progetto annuale con obiettivi e risultati	Il progetto	Relazione annuale del progetto sui risultati	% di realizzazione del progetto
La diffusione dei risultati del progetto all'interno della struttura come avviene	Strumenti utilizzati Riunioni Intranet Ecc	Evidenza della diffusione	% di UU.OO raggiunte dai risultati
L'Efficacia del progetto viene valutata	Cambiamenti implementati sia organizzativi che clinici	Numero di Procedure cambiate sia comportamentali che tecnico-organizzative	% impatto sulla buona pratica clinico organizzativa
Il progetto tratta temi che comprendano "Audit" e di che tipo	Numero e tipologia degli "Audit Clinici" e "Audit Contenzioso"	Relazione annuale	% degli obiettivi raggiunti dall'Audit, con valutazione dell'impatto sulla buona pratica clinico organizzativa
I progetti rappresentano in modo integrato l'aspetto legale, tecnico e sanitario	Progetti Interdisciplinari	Presenza nei progetti dei componenti minimi dell'UGR	% aspetti legali % aspetti sanitari % aspetti tecnici
Formazione	Numero corsi sul Rischio clinico	% di UU.OO raggiunte sul numero totale di UU.OO	Valutazione dell'efficacia dei corsi
Tecnica FMEA-CA	Evidenza dell'implementazione della tecnica	% di UU.OO che applicano la tecnica sul numero totale di UU.OO	Valutazione del piano di contenimento dell'evento oggetto di FMEA, con impatto sulla buona pratica clinico organizzativa
Tecnica Root Causes Analysis	Evidenza dell'implementazione della tecnica	% di UU.OO che applicano la tecnica sul numero totale di UU.OO	Valutazione del piano di efficacia dell'evento oggetto di RCA, con impatto sulla buona pratica clinico organizzativa
Incident Reporting	Evidenza del modello regionale implementato	Raccolta e catalogazione degli stessi	Numero di azioni correttive scaturite con impatto sulla buona pratica clinico organizzativa