

ORIGINALE

COPIA

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Deliberazione n. 1463 del 20-11-2015

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità del trattamento dei dati ex D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Premesso che il D.L.vo 196/2003 e ss.mm.ii. contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(firma del proponente)

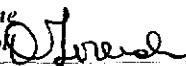

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno:

23 NOV. 2015

ai sensi dell'art.124 c.1 D.L.vo 267/2000, per giorni 15

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determinare
Dr. Carmine Iasevoli*



DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE:

(ove dovuta)

il presente atto trova capienza di spesa all'autorizzazione :

n. del
n. del
n. del

In presenza di fattura di importo superiore a € 10.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento l'UOC Contabilità Generale effettuerà il controllo "Equitalia"

**Il Funzionario Responsabile
U.O.C Contabilità Generale**

OGGETTO: Adozione Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti. Individuazione gruppi di lavoro. Nota Giunta Regionale della Campania prot. n. 693421 del 15.10.2015 e prot. n. 0772940 del 12.11.2015.

L'anno 20 duemila 15 quindici il giorno 23 mese di NOV. 2015
nella Sede dell'ASL di Avellino, il Dr. Mario Nicola Vittorio Ferrante, Commissario Straordinario dell'ASL AV, ai sensi della D.G.R.C. n. 9 del 16.01.2015, assistito dal Segretario assume la seguente deliberazione:

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dall' U.O.C. Qualità e Accreditamento/FAP – Referente Aziendale Gestione Rischio Clinico - e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal dott. Lucio Visconti a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che

- il Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013 stabilisce, tra gli obiettivi da raggiungere, quello di promuovere la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico;
- il Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013, pubblicato sul BURC n. 32 del 27 Maggio 2011, tra gli strumenti della gestione del rischio clinico così recita, al punto C) Le raccomandazioni ministeriali: *“L'analisi degli eventi sentinella e le prime esperienze regionali nel campo hanno evidenziato l'esigenza di attivare programmi di implementazione di raccomandazioni e procedure specifiche per prevenire gli errori, attivando strategie innovative che influenzino e realmente modifichino il comportamento clinico assistenziale degli operatori sanitari nonché il ritorno informativo alle strutture del SSN per accrescere la cultura della sicurezza dei pazienti”*;
- lo stesso Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013, afferma che: *“... occorre che le Aziende Sanitarie campane promuovano la cultura della prevenzione del rischio clinico che dovrà costituire uno degli obiettivi da inserire nella scheda di budget delle proprie strutture quale segnale forte, nei confronti sia dei professionisti che dell'utenza, dell'impegno a sviluppare programmi finalizzati a realizzare ospedali sicuri mediante una metodologia che, attraverso un approccio sistemico e progettuale del rischio, in pratica attraverso l'identificazione, analisi, valutazione, comunicazione, eliminazione ed il monitoraggio continuo, esamini i fattori che influenzano la pratica clinica fornendo indicazioni per appropriati interventi; tra gli obiettivi viene indicato, tra l'altro, quello di monitorare l'applicazione operativa delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e per la riduzione degli errori e dei rischi di errori...; tra le azioni utili per il conseguimento degli obiettivi, quella di programmare e attuare con l'ausilio di un gruppo di lavoro, almeno un'azione di miglioramento all'anno, relativamente ad un problema prioritario di salute, e/o implementare localmente la specifica Raccomandazione ministeriale;*
- i Programmi Operativi 2013 – 2015 – Regione Campania - in prosieguo del Piano di Rientro, pubblicati sul BURC n. 39 del 22 luglio 2013, stabiliscono al Programma 18: Sicurezza e rischio clinico, tra l'altro, la previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.;

VERIFICATO

il D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012 n. 189, all'art. 3 bis prevede che *“al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le aziende sanitarie, nell'ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ne curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Il Ministero della Salute e le Regioni monitorano, a livello nazionale e a livello regionale, i dati relativi al rischio clinico”*;

TENUTO CONTO

che il Ministero della Salute medesimo, nell'ambito delle funzioni di coordinamento attribuite ha sviluppato un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, fornendo idonei strumenti che siano in grado di ridurre i rischi, promuovendo l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori, per favorire la cultura della sicurezza ed il cambiamento di sistema;

CONSIDERATO

che per quanto sopra, il Ministero della Salute attraverso l'Ufficio Qualità delle attività e dei servizi della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome ha provveduto, fin dal 2005, alla stesura e alla diffusione di *“Raccomandazioni”* che si propongono di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose, di fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi;

PRESO ATTO

che ad oggi sono state adottate n. 17 Raccomandazioni Ministeriali ed il Manuale di Sala Operatoria con relativa Check list, come elencate nell'allegato alla presente deliberazione (Allegato n. 1) in parte già rese operative in questa Azienda, con Procedure specifiche:

VISTE:

- la nota prot. n. 0868037 del 19/12/2014 della G. R. C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si ribadisce, tra l'altro, che *"Le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli Eventi sentinella sono documenti utili, indiscutibilmente, per il perseguimento dell'obiettivo aziendale della prevenzione, del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure"*;
- la deliberazione aziendale n. 607 del 23.04.2015, ad oggetto: "DCA n. 105/2014: linea progettuale 16.1 "Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management – Piano di lavoro – avvio attività – presa atto", con la quale si prende atto del piano di lavoro relativo alla realizzazione nell'ambito dei Presidi Ospedalieri Aziendali della linea progettuale 16.1 e che prevede, tra gli obiettivi specifici la " Diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi avversi", tra le azioni a farsi: l'adozione delle Raccomandazioni Ministeriali ed il monitoraggio delle Raccomandazioni implementate;
- le note prot. n. 0693421 del 15/10/2015 e n. 772940 del 12.11.2015 della G.R.C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con le quali si invitano le Aziende sanitarie ed ospedaliere, in adempimento a quanto richiesto dal Ministero della Salute al tavolo LEA, ad adottare, contestualizzandole opportunamente, le Raccomandazioni ministeriali per la prevenzione/riduzione del rischio clinico, il Manuale di Sala Operatoria: Raccomandazioni e Check list in tutte le proprie UU.OO. di chirurgia;

VALUTATA

l'opportunità di procedere alla predisposizione delle procedure relative a ciascuna delle Raccomandazioni Ministeriali non ancora adottate nella nostra Azienda;

RITENUTO

pertanto di dover procedere alla costituzione di Gruppi di Lavoro, meglio specificati nell'allegato 2, parte integrante della seguente deliberazione, con l'obiettivo di predisporre le procedure secondo il seguente procedimento:

- Il Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico (ovvero Clinical Risk Manager), sentita la Direzione Commissariale ed in accordo con la stessa, con il presente atto formale, definisce la costituzione di specifici Gruppi di Lavoro con individuazione del relativo Coordinatore per la predisposizione delle Procedure relative a ciascuna Raccomandazione Ministeriale ed al Manuale Sicurezza in Sala operatoria, come elencate nell'Allegato 2;
- I componenti del Gruppo di Lavoro vengono individuati in un numero non superiore a sette per ciascun gruppo tra cui viene indicato il Coordinatore tra gli operatori interessati prioritariamente dal tema della singola Raccomandazione, garantendo così la multi professionalità all'interno di ogni gruppo;
- La partecipazione ai Gruppi di Lavoro avverrà in orario di servizio e non sarà oggetto di retribuzione aggiuntiva;
- Nello svolgimento delle attività di definizione della proposta di Procedura potranno essere sentiti altri operatori e dirigenti, compresi i "facilitatori" appositamente formati per il Rischio Clinico, se ritenuto utile, a fornire un contributo al lavoro;
- I Gruppi di Lavoro nell'implementare le specifiche Raccomandazioni terranno conto delle indicazioni della letteratura scientifica, del confronto con altre procedure di simile contenuto già adottate in altre Aziende Sanitarie Campane ed extraregionali con l'obiettivo ultimo di individuare i migliori processi possibili applicabili nella organizzazione aziendale;
- Entro il 31.04.2016, i Coordinatori dei Gruppi di Lavoro inviano la "bozza" di procedura per la validazione al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico (ovvero Clinical Risk Manager);
- Il Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico (ovvero Clinical Risk Manager), dopo aver validato la Procedura, congiuntamente al Coordinatore delle Direzioni Sanitarie di PP.OO. ed ai Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero, procede a predisporre la deliberazione per la successiva

adozione da parte della Direzione Commissariale;

- La Procedura una volta adottata, verrà inserita nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Rischio Clinico ed è obbligo di tutte le Unità Operative Aziendali dare seguito alla sua applicazione.

DELIBERA

Per i motivi in premessa esplicitati che qui si intendono integralmente trascritti e riportati

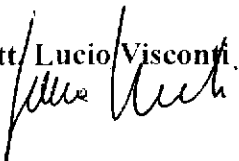
Di adottare il "Percorso aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali, per la sicurezza dei pazienti con il percorso di seguito espresso in narrativa:

- Il Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico (ovvero Clinical Risk Manager), sentita la Direzione Commissariale ed in accordo con la stessa, con il presente atto formale, definisce la costituzione di specifici Gruppi di Lavoro con individuazione del relativo Coordinatore per la predisposizione delle Procedure relative a ciascuna Raccomandazione Ministeriale ed al Manuale Sicurezza in Sala operatoria, come elencate nell'Allegato 2, che forma parte integrante del presente provvedimento;
- I componenti del Gruppo di Lavoro vengono individuati in un numero non superiore a sette per ciascun gruppo tra cui viene indicato il Coordinatore tra gli operatori interessati prioritariamente dal tema della singola Raccomandazione, garantendo così la multi professionalità all'interno di ogni gruppo;
- La partecipazione ai Gruppi di Lavoro avverrà in orario di servizio e non sarà oggetto di retribuzione aggiuntiva;
- Nello svolgimento delle attività di definizione della proposta di Procedura potranno essere sentiti altri operatori e dirigenti, compresi i "facilitatori" appositamente formati per il Rischio Clinico, se ritenuto utile, a fornire un contributo al lavoro;
- I Gruppi di Lavoro nell'implementare le specifiche Raccomandazioni terranno conto delle indicazioni della letteratura scientifica, del confronto con altre procedure di simile contenuto già adottate in altre Aziende Sanitarie Campane ed extraregionali con l'obiettivo ultimo di individuare i migliori processi possibili applicabili nella organizzazione aziendale;
- Entro il 31.04.2016, i Coordinatori dei Gruppi di Lavoro inviano la "bozza" di procedura per la validazione al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico (ovvero Clinical Risk Manager);
- Il Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico (ovvero Clinical Risk Manager), dopo aver validato la Procedura, congiuntamente al Coordinatore delle Direzioni Sanitarie di PP.OO ed ai Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero, procede a predisporre la deliberazione per la successiva adozione da parte della Direzione Commissariale;
- La Procedura una volta adottata, verrà inserita nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Rischio Clinico ed è obbligo di tutte le Unità Operative Aziendali dare seguito alla sua applicazione.

Di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo.

Di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi della normativa vigente e trasmesso al Collegio Sindacale, come per legge: al proponente per la dovuta informativa ai componenti i Gruppi di Lavoro.

Dott. Lucio Visconti,



ALLEGATO N. 1

N.	RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio – KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico o della procedura
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica
	Manuale di Sala Operatoria
	Utilizzo Check list
	Operatività Check list (N. UU.OO. Chir.appl/TOT. UU.OO. Chirurgia)

ALLEGATO N. 2

N.	RACCOMANDAZIONE	AREE	COORDINATORI	GRUPPO DI LAVORO
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	Immunotrasfusionale Lab. Analisi Ortopedia Coordinatore Inf.	Dott. Alfonso Fortunato	Dott. Angelo Frieri Dott. Alfonso Erra Dott. Rossano Cornacchia
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Ostetricia e Ginecologia Pediatria Coordinatore Inf.	Dott. Felice Nunziata	Dott. Eugenio Saponiero Dott. Nicola Tesorio Dott. Di Chiara
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Direzione Sanitaria Affari Legali Servizio Prevenzione e Protezione Emergenza Territoriale Sicurezza dei luoghi di lavoro Coordinatore Inf.	Dott. Paolino Trinchese	Dott. ssa A. E. Vozzella Avv. M. R. Di Trollo Dott. Franco Pipola Ing. Daniele Filippone Dr. P.L. Fina
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Tecnico Patrim. Direttori Sanitari dei PP.OO.	Ing. Daniele Filippone	Dott. Oto Savino Dott. Angelo Frieri Dott. Francesco Guerriero

ferla

11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Anestesia e Rianim. Pronto Soccorso	Dott. ssa Marianna Raffa	Dott. Gabriele Ferrante Dott. Silvio D'Agostino Paola Orlando Dott. Giuseppe Di Grezia Dott. Biagio Di Iorio Giovanni Caputano Dott. Graziano Antonio Porcelli Gaetano
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Pronto Soccorso	Dott. Silvio D'Agostino	Paola Orlando Dott. Giuseppe Di Grezia Dott. Biagio Di Iorio Giovanni Caputano Dott. Graziano Antonio Porcelli Gaetano
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Ostetricia e Ginecologia Pediatria Coordinatore Inf.	Dott. Eugenio Saponiero	Dott. Nicola Tesorio Dott. Di Chiara Dott. Felice Nunziata
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica Manuale Sicurezza in Sala Operatoria e Checklist	Farmacia Ospedaliera Coordinatore Inf. Ortopedia Ginecologia e Ostetricia Coordinatore Inf.	Dr.ssa Teresa D'Agostino Dott. Alfonso Erra	Dr.ssa Rita Ambrosone Dott. Rossano Cornacchia Dott. Eugenio Saponiero Dott. Nicola Tesorio

*I Coordinatori Infermieristici verranno individuati dal Coordinatore di ciascun gruppo.

F.ulli

Letta, approvata e sottoscritta, nel giorno, mese ed anno di cui sopra.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Mario Nicola Vittorio Ferrante

IL SEGRETARIO
Dr.ssa Alessandra Antocicco

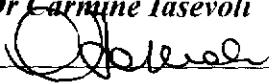
INVIO PER PROVVEDIMENTI DI CONTROLLO

Collegio Sindacale
n. 3378 del 23 NOV. 2015

Giunta Regionale della Campania
n. _____ del _____

Conferenza dei Sindaci
n. _____ del _____

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine
Dr Carmine Iasevoli*



ESITO PROVVEDIMENTI DI CONTROLLO

Collegio Sindacale

Giunta Regionale della Campania

Conferenza dei Sindaci

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine
Dr Carmine Iasevoli*

La presente deliberazione è diventata esecutiva :

per il decorso termine ai sensi dell'art.134, Commi 3 e 4, del D.L.vo 267/2000.

a seguito di provvedimento della Giunta Regionale della Campania:

n.del

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine
Dr Carmine Iasevoli*

la presente è trasmessa ai destinatari indicati in delibera per la relativa esecuzione

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine
Dr Carmine Iasevoli*