

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda USL di Imola

DIREZIONE GENERALE

PIANO PLURIENNALE PER IL GOVERNO CLINICO – ASSISTENZIALE

PROGRAMMA:

AREA RISCHIO E SICUREZZA AZIENDALE 2005-2007

Indice:

1. Premessa:.....	3
2. Governo clinico:	4
3. Programma Area Rischio e Sicurezza Aziendale:	4
3.1. Principali competenze:	5
4. Programma per il governo clinico-assistenziale: obiettivi – attività - tempi.....	7
4.2. Attività	8
4.3. Tempi.....	10
5. Allegati n.1.2.3.4	10
6. Programma 2005 delle Aree, e piani attività dei professionisti ARSA e PAF 2005	11

1. Premessa:

La gestione della sicurezza e del rischio clinico, risulta essere una tematica fondamentale per l'ambito sanitario, in particolare la normativa la esalta e ne sancisce i percorsi.

A partire dai documenti programmatici (nazionali e regionali), come il **P.S.N** (dal 1998-2000 a quello attuale), ai **PSR Emilia Romagna**, nei quali la tematica in oggetto è descritta come priorità da affrontare, per poter affermare di offrire al cittadino una buona sanità, a prezzi contenuti.

Inoltre tale affermazione è sancita anche nella normativa **sulla “razionalizzazione del S.S.N. del 19 giugno 1999, n. 229”**, avente come oggetto il riordino del SSN, nel quale si affida la responsabilità in toto del **Governo Clinico**, al Direttore Sanitario Aziendale, richiamando frequentemente concetti come appropriatezza, efficacia ed efficienza.

L'elemento che accomuna i recenti orientamenti nazionali è un nuovo modo di pensare le organizzazioni sanitarie, affinché porre la qualità al centro delle responsabilità sia delle organizzazioni sia di ciascun professionista appartenente all'organizzazione stessa.

Il governo clinico-assistenziale individua questo nuovo modello di approccio al tema della qualità, ed è un sistema mediante il quale le organizzazioni sanitarie e i professionisti si rendono responsabili della salvaguardia di alti standard assistenziali, creando un ambiente in cui l'eccellenza clinico-assistenziale possa fiorire.

La responsabilizzazione degli operatori sia individuale sia di equipe deve avere come obiettivo il raggiungimento di una buona qualità dell'assistenza e sottintende la disponibilità a sottoporsi a forme di monitoraggio delle prestazioni secondo principi di valutazione condivisi professionalmente. Questo non implica necessariamente una rinuncia all'autonomia del singolo operatore.

Nelle organizzazioni professionali non si può infatti imporre alle singole componenti alcun comportamento, ma si deve tendere a renderle responsabili nello stabilire gli standard e incoraggiare l'autoregolamentazione professionale. Quest'ultima è un impegno etico-professionale, intra e interprofessionale, nonché tra le organizzazioni sanitarie e le aspettative dei cittadini.

DIREZIONE GENERALE

L'autoregolamentazione professionale è un processo dinamico, è la chiave per affrontare il complesso problema della scarsa performance e il mantenimento della buona pratica clinica.

2. Governo clinico:

Nell'Atto Aziendale dell'AUSL di Imola il Governo clinico viene definito come "l'insieme degli strumenti organizzativi attraverso i quali l'azienda assume una diretta responsabilità per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e per mantenere elevati livelli di servizio, favorendo l'espressione dell'eccellenza professionale".

Il Governo clinico si fonda sulla collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale e sulla responsabilizzazione e la partecipazione dei cittadini e degli operatori..

L'Azienda individua il Direttore Sanitario quale responsabile del governo clinico e i Dipartimenti quali unità organizzative dove si restringe la dicotomia fra funzione professionale e gestionale e quindi l'interesse del singolo utente con quello della comunità.

Le strategie con cui l'Azienda intende perseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e la gestione del governo clinico sono riassumibili nei seguenti punti:

- l'accreditamento istituzionale e degli operatori
- la formazione continua dei professionisti
- l'utilizzo della medicina basata sull'evidenza per la ricerca dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei programmi per il miglioramento della salute
- lo svolgimento di audit clinici ed organizzativi
- la produzione di linee-guida e l'adattamento locale di linee guida esistenti sia a livello nazionale che internazionale
- la valutazione degli esiti assistenziali
- **il coinvolgimento attivo dell'utenza soprattutto per la segnalazione degli incidenti clinici e per una gestione del rischio.**

3. Programma Rischio e sicurezza aziendale:

Il Direttore Sanitario, il Direttore del SIT e i Direttori di Dipartimento, per la realizzazione del sistema del governo clinico-assistenziale, previsto dai provvedimenti di

DIREZIONE GENERALE

attuazione del PSR, si avvalgono di una struttura organizzativa trasversale denominata **Programma Rischio e Sicurezza** . (ARSA)

3.1. **Principali competenze:**

L'**ARSA**, quale strumento per l'implementazione del governo clinico, è quindi la struttura tecnica di riferimento per:

1. **Linee di responsabilità** per la qualità complessiva delle cure clinico-assistenziali:
 - Incarico di responsabile a un professionista esperto per assicurare che i sistemi di governo clinico-assistenziale – ARSA, siano in atto.
 - Ampliamento dei sistemi informativi con report sulla qualità delle cure, che rivestono la stessa importanza dei report finanziari.

2. **Programmi di miglioramento della qualità:**
 - Completa partecipazione di tutti i professionisti a programmi di audit clinico.
 - Supporto della pratica basata sulle evidenze scientifiche.

3. **Chiare politiche per la gestione dei rischi.**
 - **Garanzia dei controlli per la promozione dell'autovalutazione.**
 - **Reporting di incidenti critici per garantire che gli eventi avversi (eventi evitabili con una buona pratica clinica assistenziale) siano identificati e attivati programmi per la riduzione della scarsa performance.**
 - **Trasparenza delle procedure di scarsa performance** ai pazienti e alle loro famiglie oltre che agli operatori, affinché siano fonte di apprendimento e consentano di evitare il ripetersi del problema.
 - **Supporto al personale per l'attivazione di un sistema di gestione dei reclami** per riferire ogni preoccupazione circa la condotta professionale e la performance dei colleghi.

In sintesi i **valori e gli strumenti fondamentali** divengono:

- a) **centralità** del paziente e **personalizzazione** del rapporto, in modo che non venga eseguita una prestazione, bensì venga preso in cura un paziente e seguito dall'insorgenza della sintomatologia alla risoluzione del problema;
- b) **teamwork**, lo sforzo che il lavoro in team richiede per essere efficace e che dipende dalla qualità delle relazioni e dei processi interni attivati (team building) e mantenuti nel tempo (team development), per affrontare e gestire i problemi;
- c) **Valorizzazione delle professionalità** presenti, sia per utilizzarle al meglio delle loro potenzialità sia per gratificare i professionisti che vedono riconosciuti i propri meriti;
- d) fondamentale importanza della **formazione e dell'apprendimento continuo**, per avere sempre professionisti aggiornati e preparati e la possibilità di offrire prestazioni ottimali;
- e) importanza della **valutazione degli outcome**, per poter riconoscere i punti in cui è più utile e importante svolgere opera di miglioramento;
- f) sollecitazioni ai professionisti perché **creino standard e adottino linee guida** che, ispirandosi ai corrispondenti nazionali o regionali, siano calati nella realtà locale, in modo da essere meglio praticabili ed, essendo bottom up, applicati;
- g) **evidenziazione dei risultati ottenuti** sia dalle unità operative sia dai singoli professionisti, **valorizzando le UO e i professionisti** che hanno elevata performance.

I **principali strumenti** che ne derivano sono:

- a) **linee guida** basate sulle **evidence scientifiche**;
- b) **piani per la formazione** professionale permanente;
- c) **politiche per la gestione dei rischi e della scarsa performance**;
- d) implementazione routinaria nella pratica assistenziale **dell'audit clinico**, quale strumento per la responsabilizzazione, per la verifica dell'attività svolta, dei risultati ottenuti e delle risorse impegnate;
- e) **linee di responsabilità per la qualità dell'assistenza**;
- f) ampliamento dei **sistemi informativi** e dell'utilizzo **della documentazione sanitaria**.

4. Programma per il governo clinico-assistenziale: obiettivi – attività - tempi

4.1.Obiettivi :

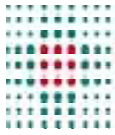
L'obiettivo generale che s'intende perseguire con questo programma è di fornire consulenza e servizi in tema di sicurezza e prevenzione del rischio aziendale, assicurare il buon andamento del programma aziendale sulla base dei vincoli e delle risorse presenti, secondo definiti e riconosciuti criteri di qualità, attraverso:

- La partecipazione alla definizione della politica della sicurezza e del rischio, alla pianificazione delle priorità di intervento, alla gestione delle risorse professionali e non assegnate ai settori di competenza, **promuovendo strategie orientate all'integrazione fra i vari servizi e professionisti nell'ambito del programma di prevenzione dei rischi ed il mantenimento della sicurezza aziendale .(SECURITY)**;
- **La condivisione delle conoscenze** ed il loro sviluppo nell'ambito di un processo continuo di crescita esponenziale;
- **La sperimentazione organizzativa finalizzata alla integrazione e allo sviluppo della cultura in merito alla sicurezza.**

4.2. Attività

E' possibile identificare per ciascuno dei fini sopra riportati una serie di **attività** che potranno essere realizzate, attraverso attenta pianificazione, con modalità e tempi predefiniti:

1. per [creare una rete di flussi informativi e formativi](#) si ritiene indispensabile procedere all'attivazione delle seguenti tappe operative:
 - a. **promozione e sviluppo dei flussi informativi e di comunicazione** relativi alla sicurezza e al rischio aziendale, raccolta ed elaborazione di dati necessari alla gestione del programma. (pacchetti informatici, sito Web, mappatura dei rischi, ecc.),i,
 - b. **Formazione di alcune figure infermieristiche e tecniche**, promovendo un percorso formativo modulare orientato alla formazione dei professionisti dedicati al programma. In una seconda fase sarà necessario allargare la rete degli operatori (Rete del Rischio e professionisti).
 - c. **Sviluppo di attività formative, di consulenza e di collaborazione interne** , con lo scopo di fornire strumenti necessari ai professionisti per il loro agire professionale. Partecipare alla definizione dei piani strategici in merito alla sicurezza. Partecipazione a gruppi di studio e lavoro aziendali di diversa natura: Tavolo Governo clinico, Board del rischio, CESU, CIO, gruppi attivi di ricerca e di lavoro (es. elaborazione di procedure, protocolli, linee guida, studi epidemiologici, ecc.). Pertanto i professionisti del rischio dovranno dimostrare :
 - Capacità di consultare le banche dati scientifiche, editoria elettronica, navigazione nel Web, utilizzo intranet;
 - Conoscenza lingua inglese;
 - Valutazione critica delle informazioni scientifiche;
 - Capacità di raccogliere ed elaborare dati in merito agli studi epidemiologici e o statistici relativi al rischio;
 - Conduzione di gruppi di lavoro per produzione o revisione di strumenti (linee guida, procedure, protocolli) e realizzazione di audit clinici;



DIREZIONE GENERALE

- Coordinare e promuovere programmi di gestione e riduzione del rischio in tutto l'ambito aziendale.
2. *la collaborazione attiva alla funzione del governo clinico-assistenziale* si può realizzare, attraverso le seguenti *funzioni*:

Funzione “informatico e gestione sistema informativo”

Sistema informativo, Gestione Flussi informativi.

Funzione “tutela risorsa professionale”

Comunicazione

Immagine Professionale

Gestione dello stress centro di ascolto

Counseling clima interno prevenzione mobbing, gruppi autoaiuto.

Funzione “tutela assistito” Governo Assistenziale

Promozione

Prevenzione

Gestione del rischio ed eventi critici

Educazione

Terapeutica

Funzione Alberghiera

Comfort accoglienza–Umanizzazione delle relazioni - Gestione e controllo dei servizi appaltati

Funzione Security

(da attivare)

4.3. Tempi

I **tempi** per la realizzazione di tali attività potranno essere articolati nel seguente modo:

- nel **1° anno** di attività si ipotizza una maggior concentrazione di azioni per il raggiungimento dell'obiettivo relativo alla costruzione dei **flussi informativi**, che potrebbe essere completati nell'anno **2006**; con l'impegno di rispondere alle richieste della Direzione strategica in termini di elaborazione e diffusione della cultura della prevenzione del rischio, elaborando strumenti a supporto dell'intera organizzazione. **Formazione (percorsi formativi interni), informazione (Sito Web, posta elettronica, informatizzazione** (Audit 626 – mappatura dei rischi in tutta l'azienda, UOMO – gestione della posizione sanitaria dei dipendenti, Programma per la gestione degli studi e per la raccolta dati).
- Nel **2° anno** è auspicabile aver già avviato la mappatura dei rischi aziendali, ipotizzando anche un piano per gli interventi necessari. Formazione, informazione e informatizzazione. Produzione di report, programmazione di audit, gruppi di lavoro e ogni modalità al fine di essere di supporto ai professionisti durante l'agire professionale.
- Nel **3° anno** di attività, poste in essere le basi e gli strumenti necessari allo svolgimento dei programmi Rischio e sicurezza, si individueranno le priorità, le risorse necessarie e sistemi di valutazione.

5. Programma di Gestione del Rischio e Sicurezza Aziendale

Vedi **allegato n. 1** [AZIONI Generali e di Settore](#)

Vedi **allegato n. 2 , n. 3 e n. 4** [Schede Risorse umane e Strumentali e Programma ARSA](#)

DIREZIONE GENERALE

6. Sviluppo di percorsi Rischio e Sicurezza

Vedi Programmazione Aree – ARSA e piani di attività dei professionisti dedicati , anno 2005 da attivare

Vedi Piano Formativo 2005 - PAF 2005 in preparazione

