

PROGETTO AZIENDALE

“SVILUPPO DI UN SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO DEL RISCHIO OSPEDALIERO”

SOMMARIO

PIANO DI PROGETTO	2
PREMESSE	3
OBIETTIVI.....	4
GOVERNO DEL PROGETTO.....	5
RESPONSABILITÀ	5
RISORSE	5
A SENSIBILIZZAZIONE E DIFFUSIONE OBIETTIVI E CONTENUTI DEL PROGETTO.....	6
1. DIFFUSIONE OBIETTIVI E CONTENUTO PROGETTO.....	6
2. GESTIONE DELL'INFORMAZIONE RELATIVA AL RISCHIO ED INTEGRAZIONE FRA I SERVIZI INTERESSATI.	6
3. FORMAZIONE DEL PERSONALE IMPEGNATO ED INTERESSATO	6
B MAPPATURA DEL RISCHIO E DEFINIZIONE FLUSSI INFORMATIVI PER LA SUA GESTIONE 9	
4. MAPPATURA DEL RISCHIO.....	9
5. GESTIONE ED ANALISI DEI DATI CON INDIVIDUAZIONE DELLE AREE DI INTERVENTO.	11
C GESTIONE DEL RISCHIO.....	13
6. GESTIONE DEI SINISTRI	13
7. MESSA A REGIME DI UN'ATTIVITÀ INTEGRATA DI INTERNAL AUDITING A SUPPORTO DEL RISK MANAGEMENT	15
8. ATTIVAZIONE DI AZIONI DI MIGLIORAMENTO, INDIVIDUAZIONE DELLE AZIONI PREVENTIVE E CORRETTIVE.....	17
9. DEFINIZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA GESTIONALE DEL RISCHIO A LIVELLO AZIENDALE	17
10. IMPLEMENTAZIONE DI SOTTOPROGETTI SPECIFICI PER AREE NON SANITARIE.....	20
SCHEDA RIASSUNTIVA TEMPORALE PROGRAMMAZIONE PROGETTO.....	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.

REDAZIONE DR.ROBERTO PORTA

RISK MANAGER RESPONSABILE UFFICIO QUALITA'

PIANO DI PROGETTO

DESCRIZIONE

Sviluppo di un sistema di gestione integrato del rischio ospedaliero

OBIETTIVI

Sviluppare un sistema di Risk Management Aziendale

Sotto obiettivi iniziali:

- Valutare la dimensione del rischio ospedaliero generale e clinico
- Definire ed organizzare il flusso informativo relativo al rischio
- Elaborare ed interpretare i dati del rischio
- Analizzare gli eventi potenzialmente causa di danno
- Attivare azioni correttive
- Attivare azioni preventive
- Gestire la comunicazione delle informazioni relative al rischio ospedaliero

SPECIFICHE DI SERVIZIO O PRODOTTO

Il progetto risponde ai requisiti espressi da:

Direzione Generale Aziendale in:

"Piano di Organizzazione Aziendale" POA deliberazione n°7 del 14/01/2004

Determinazioni per l'attivazione della funzione Aziendale di Risk Management 151/05
23 marzo 2005

delibera 499/04 relativa a determinazioni per l'attuazione Aziendale del "Programma triennale per l'implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e del management delle aziende sanitarie pubbliche"

Sistema Qualità Aziendale in:

Manuale della Qualità Aziendale RV1

delibera n°263/99 di avvio al Sistema Qualità Aziendale

delibera n°678/00 di approvazione del Progetto aziendale per la qualità totale e il Progetto per l'implementazione di un Sistema Qualità conforme alla normativa ISO

Direzione Generale Sanità Regione Lombardia

D.G.R. VII/6347 del 5/10/2001 relativamente al Piano Socio Sanitario 2002-2004

Circ. n°46/SAN del 27/12/2004 "Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario"

"Programma triennale per l'implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e del management delle aziende sanitarie pubbliche"

Ministero della salute

Risk Management in Sanità - Il problema degli errori

Commissione Tecnica sul rischio Clinico DM 5 marzo 2003

ISO

Norme 9001:2000 - e -19011

Joint Commission

Joint Commission international Accreditation Standard per ospedali (gennaio 2003)

Considerando gli indirizzi espressi dalla seguente normativa di riferimento:

- D. Lgs 502/92
- D. Lgs 229/99
- D. Lgs 254/00
- DPR 14/01/97
- L.R. 11/07/97 n°31
- DGR VI/38133 del 6/08/98
- DGR VI/39890
- DGR VI/46582 del 26/11/99

D.c.r. VII/39 "Valorizzazione del modello organizzativo del servizio sanitario".

PREMESSE

Obiettivo delle organizzazioni sanitarie è rispondere ai bisogni di salute della popolazione fornendo cure di qualità, appropriate e sicure; in questo senso le istituzioni sanitarie hanno il dovere di fornire a tutte le parti interessate, ed ai propri utenti in particolare, la massima protezione possibile dai danni conseguenti ad errori umani e di sistema.

Il Piano Sanitario Nazionale propone di perseguire, nell'ambito del diritto alla salute, la qualità dell'assistenza sanitaria, aggiungendo che "sempre più frequentemente emerge in sanità l'intolleranza dell'opinione pubblica verso disservizi ed incidenti, che originano dalla mancanza di un sistema di garanzia di qualità e che vanno dagli errori medici alle lunghe liste d'attesa, alle evidenti duplicazioni di compiti e di servizi, alla mancanza di piani formativi del personale, strutturati e documentati, alla mancanza di procedure codificate, agli evidenti sprechi".

E' un dato di fatto che ad ogni attività è associato un "rischio specifico".

Il fatto che durante la sua conduzione si manifesti un evento indesiderato (danno) è in relazione sia al "Rischio intrinseco", connesso alle caratteristiche proprie dell'attività, che alla capacità dell'organizzazione di gestire correttamente quella data attività. Uno degli obiettivi che, all'atto della sua istituzione, l'Azienda ha posto al centro delle scelte è mettere in "sicurezza" le attività da lei condotte che possono generare danno.

La gestione del rischio clinico deve essere inteso come un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi, sia attuali che potenziali, con l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, migliorare gli outcome ed indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili.

L'attività di Risk Management crea i presupposti affinché l'organizzazione sia attrezzata a ridurre al minimo i margini di errore e faccia tesoro di quanto si può imparare dall'evento indesiderato attivando percorsi virtuosi di miglioramento continuo e riduzione dei margini di rischio.

La Direzione dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano ha individuato fra gli obiettivi principali del proprio operato lo sviluppo di un sistema di governo unitario delle attività che, attraverso l'utilizzo di diverse metodologie, garantisca l'appropriatezza, la qualità e la sicurezza delle prestazioni e dei processi erogati.

Tale intento ha condotto allo sviluppo di un percorso organizzativo gestionale che, a partire dal 1999, ha trovato riscontro in numerosi atti aziendali, tutti tesi a rispettare l'approccio sistemico ai problemi e a ricondurre ad un unico coordinamento i diversi percorsi attivati nell'area del miglioramento della qualità e del controllo del rischio.

I diversi progetti intrapresi in Azienda, dall'implementazione di un sistema di gestione per la qualità, alla certificazione ISO, all'applicazione dei requisiti Joint Commission, sino alla gestione del rischio clinico, presentano così una stretta correlazione in termini di contenuti, aree di intervento e metodologie applicate.

Nella stesura del progetto si è cercato di recuperare e valorizzare quanto prodotto nei precedenti e presentare un modello integrato con le attività già in essere.

L'approccio all'errore che vuole caratterizzare lo stile di lavoro del progetto aziendale è il passaggio da una visione centrata sull'individuo come unico colpevole ad una centrata sull'organizzazione come prima responsabile.

Il sistema di Risk Management aziendale, come previsto dal presente progetto, risulta integrato nell'attuale assetto organizzativo aziendale ed ispirato all'organizzazione riportata nel POA.

OBIETTIVI

Il Progetto Aziendale di Risk Management vuole attivare un sistema di gestione del rischio che abbia come **obiettivi iniziali**:

- Definire ed organizzare il flusso informativo relativo al rischio
- Elaborare ed interpretare i dati del rischio
- Valutare la dimensione del rischio ospedaliero generale e clinico
- Analizzare gli eventi potenzialmente causa di danno
- Gestire la comunicazione delle informazioni relative al rischio ospedaliero
- Attivare azioni correttive
- Attivare azioni preventive

Concretamente le **aree di sviluppo** del progetto sono:

A Sensibilizzazione e coinvolgimento delle strutture aziendali:

- 1 Diffusione obiettivi e contenuto progetto,
- 2 Gestione dell'informazione relativa al rischio ed integrazione fra i servizi aziendali interessati,
- 3 Formazione del personale impegnato.

B Mappatura del rischio e definizione flussi informativi per la gestione del rischio:

4. Mappatura del rischio,
5. Gestione ed analisi dei dati con individuazione delle aree di intervento.

C Gestione del rischio:

- 6 Gestione dei sinistri,
- 7 Messa a regime di un'attività integrata di internal auditing a supporto del risk management,
- 8 Attivazione di azioni di miglioramento, individuazione delle azioni preventive e correttive,
- 9 Definizione della struttura organizzativa complessiva gestionale del rischio a livello aziendale,
- 10 Implementazione di sottoprogetti specifici per aree non sanitarie.

Nello sviluppo delle diverse fasi del progetto sono individuati alcuni campi d'intervento ritenuti **prioritari**:

- La gestione e la struttura della documentazione clinica.
- Il consenso informato.
- L'informazione all'utenza.
- L'informazione agli operatori.
- La tracciabilità degli atti, le relative responsabilità e i percorsi di documenti e materiali.
- I flussi di comunicazione fra le diverse aree e professioni coinvolte nei processi di cura.
- La sicurezza in sala operatoria.
- Il monitoraggio e controllo delle infezioni ospedaliere
- La manutenzione ed il corretto utilizzo delle apparecchiature.

- La gestione dell'emergenza clinica

GOVERNO DEL PROGETTO RESPONSABILITÀ

I Direttori Amministrativo e Sanitario, come rappresentanti della Direzione, hanno il compito di:

- monitorare periodicamente la progressione e i risultati delle attività con il Risk Manager,
- garantire le risorse e gli interventi "direzionali" necessari al raggiungimento degli obiettivi.

La responsabilità di coordinamento del progetto è del Risk Manager che opera in autonomia decisionale e risponde del proprio operato direttamente alla Direzione Aziendale.

La responsabilità degli aspetti legali ed assicurativo/amministrativi legati alle attività svolte è del responsabile del Settore Legale degli Affari Generali e Legali.

Tutti i dirigenti aziendali, amministrativi e sanitari, devono collaborare per quanto loro richiesto dal Risk Manager allo sviluppo del progetto.

La partecipazione attiva e responsabile sarà oggetto di pesatura e concorrerà alla valutazione dei dirigenti.

Deve essere evitata la duplicazione delle responsabilità e degli incarichi; le attività comunque condotte in azienda riconducibili alla gestione del rischio, devono vedere il coinvolgimento del Risk Manager in funzione di coordinatore.

RISORSE

In fase iniziale il Risk Manager, nella realizzazione del progetto, si avvarrà delle risorse umane messe a disposizione dall'Ufficio Qualità, dal settore Legale e dal broker.

In modo particolare in questa fase è necessario individuare una figura con conoscenza delle tematiche del rischio ospedaliero in grado di effettuare la gestione dei dati informatici.

Successivamente, anche in relazione all'opportunità di mantenere le attività distinte seppur coordinate, sarà necessario individuare personale dedicato da destinare ad una Unità di gestione del rischio.

A SENSIBILIZZAZIONE, DIFFUSIONE OBIETTIVI E CONTENUTI DEL PROGETTO

1. DIFFUSIONE OBIETTIVI E CONTENUTO PROGETTO

Affinché le attività oggetto del progetto possano svilupparsi con una ragionevole percentuale di successo nel raggiungimento degli obiettivi prefissati, è necessario che la Direzione Aziendale compia alcuni passi preliminari a sostegno del progetto stesso; in specifico:

- 1.1 Diffusione ai diversi livelli della Dirigenza delle delibere di istituzione del Risk Management e nomina del Risk Manager.
- 1.2 Presentazione e discussione del Progetto all'interno del Collegio di Direzione.
- 1.3 Diffusione e disseminazione ai diversi livelli aziendali del progetto.

Queste azioni consentiranno al progetto di acquisire "l'autorevolezza" e "la condivisione" necessarie per il suo sviluppo e alle figure responsabili forniranno gli strumenti per avviare le successive azioni di gestione del rischio.

2. GESTIONE DELL'INFORMAZIONE RELATIVA AL RISCHIO ED INTEGRAZIONE FRA I SERVIZI INTERESSATI.

Per lo sviluppo delle attività è altrettanto indispensabile la partecipazione attiva e consapevole alle scelte aziendali e di progetto delle diverse componenti aziendali coinvolte. Ciò è ottenibile solo attraverso la massima integrazione fra le diverse parti interessate e la diffusione più ampia e completa delle informazioni.

Sono previste le seguenti azioni:

- 2.1 Creazione di una rete di referenti distribuita nei dipartimenti aziendali.
- 2.2 Studio delle modalità di comunicazione dei dati relativi al rischio e delle informazioni sia procedurali che culturali.
- 2.3 Attivazione del sistema d'informazione.
- 2.4 Identificazione degli uffici, servizi ed unità operative coinvolte in modo più o meno diretto nella gestione dei rischi o in percorsi interessanti il risk management.
- 2.5 Creazione di un coordinamento aziendale fra le strutture identificate

3. FORMAZIONE DEL PERSONALE IMPEGNATO ED INTERESSATO

Qualsiasi intervento sull'organizzazione che implichi modificazioni dei comportamenti e dell'approccio culturale ai problemi è destinato al fallimento se non è supportato da una forte attività educativo - formativa.

Sono ipotizzabili due livelli di formazione da erogare parallelamente allo sviluppo delle attività di progetto; in fase iniziale deve essere erogato un livello di base e successivamente un livello avanzato.

I contenuti della formazione possono essere individuati nei seguenti:

- Corso base
 - L'errore in medicina
 - Le modalità di insorgenza dell'errore
 - Epidemiologia dell'errore

- La valutazione del rischio
- La prevenzione dell'errore
- Il rapporto con il paziente – comunicazione ed informazione

- Corso avanzato

- Addestramento alla segnalazione
- La Root Cause Analysis
- L'audit
- Aspetti medico legali
- Metodologie d'analisi ed individuazione del rischio tipo FMEA
- La gestione del conflitto

Le attività collegate sono:

- 3.1 Progettazione eventi formativi.
- 3.2 Formazione di base.
- 3.3 Formazione avanzata per i direttori.
- 3.4 Formazione avanzata per i referenti.
- 3.5 Valutazione eventuali ulteriori bisogni formativi.

	ATTIVITA' FASE	RESPONSABILE e COINVOLTI	INIZIO mm/aa	FINE mm/aa	PRODOTTO
PROGRAMMAZIONE 1 Diffusione obiettivi e contenuto progetto					
1.1	Diffusione ai diversi livelli della Dirigenza delle delibere di istituzione del Risk Management e nomina del Risk Manager	Direzione Aziendale	06/05	09/06	----- -----
1.2	Presentazione del Progetto al Collegio di Direzione	Direzione Aziendale	06/05	06/05	Verbale incontro
1.3	Inoltro ai diversi livelli aziendali del contenuto del progetto	Risk Manager/Qualità Direzioni Amministrativa e Sanitaria	07/05	01/06	Convocazioni incontri Eventuali verbali
PROGRAMMAZIONE 2 Gestione dell'informazione relativa al rischio ed integrazione fra i servizi interessati					
2.1	Creazione di una rete di referenti distribuita nei dipartimenti aziendali	Risk Manager/Qualità Direttori Dipartimenti	10/05	06/06	Elenco Referenti
2.2	Studio delle modalità di comunicazione dei dati relativi al rischio e delle informazioni sia procedurali che culturali	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	10/05	03/06	Procedure e/o Istruzioni
2.3	Attivazione del sistema d'informazione	Risk Manager/Qualità	01/06	09/06	Sistema
2.4	Identificazione degli uffici, servizi ed unità operative coinvolte in modo più o meno diretto nella gestione dei rischi o in percorsi interessanti il risk management	Risk Manager/Qualità Ufficio legale	10/05	11/05	Elenco settori coinvolti
2.5	Creazione di un coordinamento aziendale fra le strutture identificate	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker Direzione Aziendale	10/05	03/06	Formalizzazione coordinamento
PROGRAMMAZIONE 3 Formazione					
3.1	Progettazione eventi formativi	Risk Manager/Qualità Broker Formazione	07/05	12/05	Progetto formativo
3.2	Formazione di base	Risk Manager/Qualità Formazione	12/05	→ 08	Corsi
3.3	Formazione avanzata per i direttori	Risk Manager/Qualità Formazione	12/05	→ 08	Corsi
3.4	Formazione avanzata per i referenti	Risk Manager/Qualità Formazione	12/05	→ 08	Corsi
3.5	Valutazione eventuali ulteriori bisogni formativi	Risk Manager/Qualità	10/06 10/07	12/071 2/06	Aggiornamento progetto formativo

B MAPPATURA DEL RISCHIO E DEFINIZIONE FLUSSI INFORMATIVI PER LA SUA GESTIONE

Una corretta ed aggiornata mappatura del rischio all'interno dell'organizzazione non può prescindere dalla chiara definizione dei dati da raccogliere e monitorare.

Come presupposto quindi per l'effettiva gestione dei rischi aziendali è necessario individuare un flusso di dati tali da fornire indicazioni continue sul livello e sulle aree di rischio. A tal fine appare indispensabile partire da quanto già disponibile verificando la completezza dei dati, i punti di forza e di debolezza del sistema. Definiti i dati da raccogliere bisogna che, al fine di disporre di una base di elementi in entrata alle analisi adeguata ed attendibile, sia garantito il continuo afflusso ed aggiornamento dei dati stessi.

In sintesi bisogna effettuare una riprogettazione del flusso di raccolta dei dati.

4. Mappatura del rischio

L'Ospedale è da considerarsi come uno dei modelli organizzativi più complessi, sicuramente più di qualsiasi azienda industriale. Non solo è una struttura gerarchicamente e politicamente articolata, aperta tutto il giorno per tutto l'anno a tutti, ad alta professionalità e contenuto tecnologico, ma è anche sede di tutti i possibili rischi (chimico, biologico, nucleare, elettrico.....).

Grossolanamente nella struttura ospedaliera si possono individuare come prevalenti fra le diverse tipologie di rischio le seguenti:

- Rischio clinico o del paziente,
- Rischio lavorativo o degli operatori,
- Rischio tecnologico,
- Rischio strutturale,
- Rischio economico finanziario,
- Rischio ambientale.

Per ognuna di queste aree dovrà essere effettuata, quando non già disponibile e secondo criteri di priorità ed opportunità, una valutazione del rischio collegato.

La mappatura del rischio avviene attraverso diverse attività e con l'utilizzo di diversi strumenti metodologici:

- Studio del contenzioso e del reclamo,
- Analisi dei processi e dei percorsi mediante Failure Mode and Effect Analysis e tecniche ISO,
- Osservazione sul campo (internal auditing),
- Segnalazione volontaria,
- Costruzione di tavole aziendali di attività a rischio.

Molta parte della mappatura del rischio clinico è già stata effettuata nell'ambito delle attività condotte dal sistema qualità aziendale.

Sono stati, nel corso del lavoro svolto, individuati tre gruppi di dati relativamente all'insorgenza di eventi indesiderati:

- ciò che è accaduto,
- ciò che a giudizio degli stessi operatori potrebbe accadere,
- ciò che a giudizio di osservatori terzi potrebbe accadere.

In rapporto a questi gruppi di dati sono state individuate tre categorie di attività a rischio:

- il rischio realizzato (eventi che sono accaduti),
- il rischio percepito (attività ed aree in cui il rischio d'insorgenza di eventi indesiderati fonte potenziale di danno è stato descritto dagli operatori),
- il rischio potenziale (attività ed aree in cui il rischio d'insorgenza di eventi indesiderati fonte potenziale di danno è stato descritto da osservatori esterni).

Nello sviluppo del progetto sono previste:

- 4.1 Analisi dei dati sino ad oggi prodotti
- 4.2 Individuazione delle aree scoperte e di lacune ed errori nella casistica a disposizione
- 4.3 Analisi dei flussi informativi descritti nella procedura aziendale PAQ08 "Procedura di gestione dei flussi informativi relativi agli eventi indesiderati clinico assistenziali" loro conferma e/o revisione-modifica.
- 4.4 Valutazione delle modalità sino ad oggi adottate di utilizzo degli strumenti di autosegnalazione e loro diffusione.
- 4.5 Individuazione in via definitiva delle modalità di raccolta delle informazioni relative agli eventi indesiderati non oggetto di contenzioso.
- 4.6 Riprogettazione degli strumenti, individuando i percorsi definitivi e le aree di maggior interesse.
- 4.7 Attivazione di gruppi di lavoro per l'approfondimento e la valutazione del rischio in aree di maggior peso (anestesia e rianimazione, pronto soccorso DEA, neonatologia e sala parto, ortopedia ecc...).

PROGRAMMAZIONE 4. Mappatura del rischio					
	ATTIVITA' FASE	RESPONSABILEe COINVOLTI	INIZIO mm/aa	FINE mm/aa	PRODOTTO
4.1	Analisi dei dati sino ad oggi prodotti	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker Direzione Aziendale	10/05	03/06	Verbali Relazioni
4.2	Individuazione delle aree scoperte e di lacune ed errori nella casistica a disposizione	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker Direzione Aziendale	10/05	03/06	Verbali Relazioni
4.3	Analisi dei flussi informativi descritti nella procedura aziendale PAQ08, loro conferma e/o revisione-modifica	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker Direzione Aziendale	10/05	03/06	Verbali Relazioni
4.4	Valutazione delle modalità sino ad oggi adottate di utilizzo degli strumenti di autosegnalazione e loro diffusione	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker Direzione Aziendale e Mediche	10/05	03/06	Verbali Relazioni
4.5	Individuazione in via definitiva delle modalità di raccolta delle informazioni relative agli eventi indesiderati non oggetto di contenzioso	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	01/06	06/06	Procedura

4.6	Riprogettazione degli strumenti individuando i percorsi definitivi e le aree di maggior interesse	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	01/06	06/06	Schede rilevazione/auto segnalazione
4.7	Attivazione di gruppi di lavoro per l'approfondimento e la valutazione del rischio in aree di maggior peso (anestesia e rianimazione, pronto soccorso DEA, neonatologia e sala parto, ortopedia ecc...)	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker Dipartimenti Direzioni Mediche	01/06	→ 08	Atti costitutivi gruppi Relazioni e verbali attività

5. GESTIONE ED ANALISI DEI DATI CON INDIVIDUAZIONE DELLE AREE DI INTERVENTO

La raccolta ed elaborazione dei dati deve essere gestita tramite strumenti informatici adeguati a ridurre carichi di lavoro e tempi di elaborazione.

L'obiettivo è quello di poter disporre di elaborazioni quasi in tempo reale.

Affinché i dati siano affidabili è necessaria una particolare cura all'affidabilità del dato, in prima istanza ottenibile solo attraverso la manipolazione degli stessi ad opera di personale preparato e motivato.

L'analisi dei dati e delle informazioni raccolte si articolerà su due livelli:

- elaborazione di un quadro generale sintetico che, individuando punti di forza – debolezza – opportunità e minacce, sia strumento decisionale per la Direzione,
- elaborazione puntuale delle informazioni disponibili con produzione di dati per area, settore ed unità operativa da mettere a disposizione dei direttori e dei referenti di unità, con l'obiettivo di indirizzare verso interventi ed azioni mirate.

Il progetto prevede le seguenti azioni:

5.1 Definizione dei dati da analizzare, tipologia del campione, fonte, indicatore, periodicità dell'elaborazione e responsabilità.

5.2 Studio del formato generale e del formato particolare dei dati.

5.3 Individuazione degli obiettivi prioritari d'intervento attraverso l'applicazione dell'analisi SWOT (Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats).

PROGRAMMAZIONE 5 Analisi dei dati con individuazione delle aree di intervento					
	ATTIVITA' FASE	RESPONSABILE e COINVOLTI	INIZIO mm/aa	FINE mm/aa	PRODOTTO
5.1	Definizione dei dati da analizzare, tipologia del campione, fonte, indicatore, periodicità dell'elaborazione e responsabilità.	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	10/05	03/06	Procedura/Istruzione
5.2	Studio del formato generale e del formato particolare dei dati	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker Direzione Aziendale Dipartimenti	10/05	03/06	Format tipo

5.3	Individuazione obiettivi prioritari d'intervento attraverso l'applicazione dell'analisi SWOT (Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats)	Risk Manager/Qualità Ufficio legale	01/06 01/07 01/08	03/06 03/07 03/08	Rapporto
-----	---	--	-------------------------	-------------------------	----------

C GESTIONE DEL RISCHIO

6. GESTIONE DEI SINISTRI

La gestione del sinistro non deve essere solo mera delega alla compagnia assicuratrice, ma deve tendere, in considerazione del fatto che il mercato assicurativo offre sempre più polizze con elevate quote di franchigia, ad una rapida definizione del contenzioso, arrivando quanto prima al risarcimento, se dovuto, o alla contestazione. L'Azienda deve, come obiettivo, sviluppare nella gestione del sinistro competenze autonome, favorendo fra i propri operatori lo sviluppo di capacità e professionalità specifiche; solo in quest'ottica si può tendere ad un reale governo del processo con attesi ritorni economici positivi.

Le modalità operative di gestione dei sinistri che si vogliono sviluppare in azienda sono quindi finalizzate a:

- razionalizzare le informazioni raccolte relative al sinistro,
- velocizzare l'iter istruttorio delle pratiche,
- facilitare, in una logica di mutuo interesse, i rapporti con il fornitore assicurazione,
- sviluppare capacità aziendali di analisi e gestione dell'evento autonome, anche da un punto di vista medico legale.

Alla luce dei dati disponibili e dell'esperienza condotta è necessario che nella gestione del sinistro siano considerate come centrali due questioni: la comunicazione con il paziente e il supporto alla seconda vittima.

E' dimostrato infatti come il rapporto diretto con la controparte e la gestione rapida dell'informazione e della risposta siano i presupposti per ridurre al minimo il contenzioso e la sua "asprezza"; in tal senso devono essere sviluppati momenti di ascolto del paziente che presenta problemi e favoriti contatti diretti fra le parti e transazioni in via amichevole.

Per seconda vittima dell'incidente e dell'errore occorso in ospedale si intende l'operatore coinvolto che spesso si trova in gravi difficoltà psicologiche, a dover affrontare il peso dell'evento in solitudine, frequentemente emarginato e quasi sempre non più motivato al lavoro. Tale situazione può, se non correttamente gestita e supportata, scatenare un effetto domino all'interno dell'organizzazione con contagio negativistico degli altri operatori e gravi ritorni negativi sulle performance. E' obbligo ipotizzare modalità di supporto e presa in carico dell'operatore "in sofferenza".

- 6.1 Si individuano le seguenti attività
- 6.2 Studio delle attuali modalità di gestione dei sinistri.
- 6.3 Recupero valorizzazione dei dati prodotti sino ad oggi.
- 6.4 Definizione delle modalità di raccolta delle informazioni relative ai sinistri.
- 6.5 Revisione dei flussi informativi attuali.
- 6.6 Definizione dei compiti e delle competenze delle diverse funzioni aziendali coinvolte nel processo di istruzione delle pratiche assicurative.
- 6.7 Studio delle procedure secondo le quali deve essere organizzata la raccolta delle informazioni e il loro conferimento ai responsabili del procedimento.
- 6.8 Studio delle modalità di valutazione degli eventi indesiderati a interesse assicurativo.
- 6.9 Definizione delle procedure di gestione delle pratiche amministrative collegate al sinistro.
- 6.10 Identificazione di un comitato ristretto deputato alla prima valutazione delle richieste di risarcimento ed alla formulazione di proposte di transazione per l'area sottoposta a franchigia.
- 6.11 Stesura delle procedure specifiche secondo le quali opererà il comitato.

- 6.12 Identificazione dei casi da sottoporre ad audit interno.
- 6.13 Verifica del database aziendale dei sinistri.
- 6.14 Manutenzione del database e sua interazione con il database regionale.
- 6.15 Definizione del contenuto di un rapporto periodico dei sinistri aziendali.
- 6.16 Produzione di una reportistica periodica sugli eventi partendo dalla struttura dell'attuale rapporto annuale.
- 6.17 Studio di modalità originali di comunicazione con il paziente.
- 6.18 Studio di modalità di assistenza alla seconda vittima.

PROGRAMMAZIONE a) Gestione dei sinistri					
	ATTIVITA' FASE	RESPONSABILE e COINVOLTI	INIZIO mm/aa	FINE mm/aa	PRODOTTO
6.1	Studio delle attuali modalità di gestione dei sinistri	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	07/05	01/06	Relazione Analisi
6.2	Recupero valorizzazione dei dati prodotti sino ad oggi	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	07/05	01/06	Relazione Analisi
6.3	Definizione dei bisogni informativi relativi ai sinistri	Risk Manager/Qualità - Broker Ufficio legale – Segreteria med.legale Direzione Med.	07/05	01/06	Procedura
6.4	Definizione delle modalità di raccolta delle informazioni relative ai sinistri	Risk Manager/Qualità - Broker Ufficio legale – Segreteria med.legale Direzione Med	07/05	01/06	Procedura
6.5	Revisione dei flussi informativi attuali	Risk Manager/Qualità - Broker Ufficio legale – Segreteria med.legale Direzione Med	07/05	01/06	Procedura in bozza
6.6	Definizione dei compiti e delle competenze delle diverse funzioni aziendali coinvolte nel processo di istruzione delle pratiche assicurative	Risk Manager/Qualità - Broker Ufficio legale – Segreteria med.legale Direzione Med	07/05	01/06	Procedura
6.7	Studio delle procedure secondo le quali deve essere organizzata la raccolta delle informazioni e il loro conferimento ai responsabili del procedimento	Risk Manager/Qualità - Broker Ufficio legale – Segreteria med.legale Direzione Med	07/05	01/06	Relazione Procedure in bozza
6.8	Studio delle modalità di valutazione degli eventi indesiderati a interesse assicurativo	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	10/05	01/06	Relazione Procedure in bozza
6.9	Definizione delle procedure di gestione delle pratiche amministrative collegate al sinistro	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	10/05	01/06	Procedure

6.10	Identificazione di un comitato ristretto deputato alla prima valutazione delle richieste di risarcimento e alla formulazione di proposte di transazione per l'area sottoposta a franchigia	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker Direzione Aziendale	07/05	10/05	Delibera istituzione Comitato
6.11	Stesura delle procedure specifiche secondo le quali opererà il comitato	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	09/05	12/05	Procedure
6.12	Identificazione dei casi da sottoporre ad audit interno	Risk Manager/Qualità Comitato	01/06	→ 08	Relazione
6.13	Verifica del database aziendale dei sinistri	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	07/05	12/05	Data Base
6.14	Manutenzione del database e sua interazione con il data base regionale	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	10/05	12/05	Data Base
6.15	Definizione del contenuto di un rapporto periodico dei sinistri aziendali	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	12/05	06/06	Procedura
6.16	Produzione di una reportistica periodica sugli eventi partendo dalla struttura dell'attuale rapporto annuale	Risk Manager/Qualità Ufficio legale Broker	12/05	→ 08	Rapporto periodico
6.17	Studio di modalità originali di comunicazione con il paziente	Risk Manager/Qualità - Broker Ufficio legale Direzione Aziendale	10/06	→ 08	
6.18	Studio di modalità di assistenza alla seconda vittima	Risk Manager/Qualità - Broker Ufficio legale Direzione Aziendale Dipartimenti	10/06	→ 08	

7. MESSA A REGIME DI UN'ATTIVITÀ INTEGRATA DI INTERNAL AUDITING A SUPPORTO DEL RISK MANAGEMENT

Il Piano dell'Organizzazione Aziendale prevede l'attivazione di un'attività coordinata di Internal Auditing che "si configura come un'attività indipendente ed obiettiva di asseverazione, in particolare come attività di valutazione relativa ai processi di controllo, alla gestione dei rischi e al governo aziendale; tale attività è integrata con il sistema delle verifiche ispettive interne della qualità ed è tesa a fornire alla direzione strategica informazioni, relativamente ai processi aziendali, finalizzate all'apertura di azioni preventive, correttive e di miglioramento."

"L'attività è diretta dal Responsabile dirigente dell'Ufficio Qualità, utilizzando personale selezionato fra gli operatori delle UU.OO. certificate secondo la Norma ISO 9001, preparato secondo i requisiti della stessa allo svolgimento delle verifiche ispettive interne della qualità, integrato da figure professionali provenienti dalle UU.OO. aziendali con le competenze ritenute necessarie. Tutto il personale impiegato sarà preparato dall'Ufficio Qualità secondo i requisiti della Norma ISO 19011 alla conduzione delle verifiche ispettive interne (internal auditing) e sarà certificato per la loro conduzione."

L'attività di audit, sia esso di tipo ispettivo che di tipo partecipativo è da intendersi come uno degli aspetti più qualificanti di un sistema di gestione del rischio. Quando condotto sottoforma di verifica di parte seconda o terza, garantisce infatti l'individuazione precoce e preventiva delle possibili fonti e cause di errore e le capacità di governo delle attività.

Quando condotto sottoforma di confronto fra pari e valutazione a posteriori di un evento, stimola la partecipazione diretta degli operatori, sviluppa cultura della prevenzione ed orienta verso la ricerca delle cause di eventi indesiderati e la loro rimozione.

Gli interventi di progetto relativi al settore saranno:

- 7.1 Valutazione dell'attività di internal auditing condotta.
- 7.2 Integrazione fra i diversi sistemi di controllo (verifiche di parte seconda).
- 7.3 Progettazione eventuali attività non previste ma necessarie.
- 7.4 Attivazione, nell'ambito delle attività di internal auditing, di percorsi di audit relativi agli eventi di maggior interesse e peso.
- 7.5 Stesura delle procedure specifiche.

Nelle prime fasi del progetto le attività di auditing e di verifica interna dovranno considerare in modo particolare:

- La verifica delle modalità di informazione del paziente e di raccolta del consenso informato.
- La verifica delle modalità di gestione della documentazione clinica.
- La gestione della comunicazione all'utenza.
- La gestione del reclamo.

PROGRAMMAZIONE 7 Messa a regime di un'attività integrata di internal auditing a supporto del risk management					
	ATTIVITA' FASE	RESPONSABILE e COINVOLTI	INIZIO mm/aa	FINE mm/aa	PRODOTTO
7.1	Valutazione dell'attività di internal auditing condotta.	Risk Manager/Qualità - Broker SIECIO SITRA Direzione Aziendale Direzione Sanitaria	01/06	03/06	Progetto Piano Internal Auditing Bozza
7.2	Integrazione fra i diversi sistemi di controllo (verifiche di parte seconda).	Risk Manager/Qualità - Broker SIECIO SITRA Direzione Aziendale Direzione Sanitaria	01/06	12/06	Piano Definitivo Procedure
7.3	Progettazione eventuali attività non previste ma necessarie.	Risk Manager/Qualità - Broker SIECIO SITRA Direzione Aziendale Direzione Sanitaria	09/06	06/07	Piani di lavoro
7.4	Attivazione, nell'ambito delle attività di internal auditing, di percorsi di audit relativi agli eventi di maggior interesse e peso.	Risk Manager/Qualità Dipartimenti - Referenti Ufficio Legale	01/06	→ 08	Verbali Audit

7.5	Stesura delle procedure specifiche.	Risk Manager/Qualità Referenti	01/06	03/06	Procedure
-----	-------------------------------------	--------------------------------	-------	-------	-----------

8. ATTIVAZIONE DI AZIONI DI MIGLIORAMENTO, INDIVIDUAZIONE DELLE AZIONI PREVENTIVE E CORRETTIVE.

Le azioni preventive, correttive e di miglioramento, dopo la condivisione dei risultati delle analisi con la direzione generale, saranno indirizzate verso le aree di sofferenza individuate.

La metodologia applicata terrà conto di alcuni passaggi metodologici cardine:

- Individuazione da parte del Risk Manager delle responsabilità e delle funzioni aziendali coinvolte,
- Individuazione di un gruppo di lavoro,
- Individuazione del responsabile del gruppo,
- Condivisione del mandato,
- Lavoro del gruppo,
- Valutazione dei risultati,
- Approvazione.

Le attività di progetto saranno:

- 8.1 Apertura azioni preventive.
- 8.2 Apertura azioni correttive.
- 8.3 Apertura di azioni di miglioramento.

PROGRAMMAZIONE 8 Attivazione di azioni di miglioramento, individuazione delle azioni preventive e correttive.					
	ATTIVITA' FASE	RESPONSABILE e COINVOLTI	INIZIO mm/aa	FINE mm/aa	PRODOTTO
8.1	Apertura azioni preventive	Risk Manager/Qualità Referenti Dipartimenti Direzioni Mediche Amministrative	01/06	→ 08	Schede Azioni
8.2	Apertura azioni correttive	Risk Manager/Qualità Referenti Dipartimenti Direzioni Mediche Amministrative	01/06	→ 08	Schede Azioni
8.3	Apertura di azioni di miglioramento	Risk Manager/Qualità Referenti Dipartimenti Direzioni Mediche Amministrative	01/06	→ 08	Schede Azioni

9. DEFINIZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA GESTIONALE DEL RISCHIO A LIVELLO AZIENDALE

Allo stato attuale delle attività ed in relazione alle risorse disponibili, non è realistico ipotizzare una struttura aziendale ad ombrello in grado di presidiare tutti gli aspetti del Risk Management.

La progettazione e la messa a regime di una struttura gestionale complessiva può essere vista solo come un traguardo finale da perseguire nel medio-lungo termine. Si individuano quindi due fasi di sviluppo del progetto distinte di cui una iniziale (fase A) finalizzata a creare i presupposti per lo sviluppo (fase B) della struttura complessiva per la gestione del rischio.

Fase A - Attualmente è ipotizzabile una tipologia organizzativa gestionale più ristretta, all'interno della quale si prevedono un'organizzazione stabile per la gestione del sinistro e strutture "a tempo" per specifici interventi (sottoprogetti).

Le strutture "a tempo" vengono identificate dal Risk Manager di anno in anno in relazione alle priorità individuate dalla Direzione Generale.

L'organizzazione stabile coincide con:

- La costituzione di una struttura centrale "Unità di Gestione del Rischio" che sia in grado di affrontare le problematiche standard e routinarie del Risk Management, comprese la segnalazione e gestione degli eventi potenzialmente dannosi e la raccolta della documentazione e delle relazioni tecniche per la ricostruzione degli eventi.
- La costituzione di un Comitato per la valutazione dei sinistri che conduca l'analisi e l'approfondimento degli eventi.

Requisito base cui ci si dovrà attenere nella definizione della struttura organizzativa è la sua completa integrazione nelle attività del sistema di gestione per la qualità e la sua capacità di dialogo con i livelli gestionali "della produzione".

L'organizzazione gestionale del rischio dovrà coinvolgere, secondo modalità condivise con i Direttori, i Dipartimenti aziendali in modo che tutte le articolazioni della Dirigenza siano informate dell'importanza e della priorità delle attività legate alla gestione del rischio, della sua integrazione con gli altri percorsi di miglioramento in atto e siano tenute a collaborare.

Le azioni relative alla fase A sono:

- 9.1 Definizione dell'interfaccia a livello strategico con il Risk Manager per la definizione delle aree e dei temi di intervento.
- 9.2 Attivazione di una rete di referenti nelle diverse strutture aziendali.
- 9.3 Organizzazione di gruppi di lavoro tecnico-scientifici con mandato a termine e compiti di gestione delle attività individuate come prioritarie dalla Direzione.
- 9.4 Costituzione di un Ufficio/Unità di Gestione del Rischio diretto dal Risk Manager con articolazioni dipartimentali.
- 9.5 Collaudo della struttura e sua messa a regime.
- 9.6 Sviluppo di competenze specifiche nell'Ufficio Legale in relazione alla giurisprudenza sull'errore delle professioni sanitarie e creazione di una banca dati.

Solo quando ottenuto il consolidamento della fase A e dopo un reale potenziamento del sistema informativo sarà possibile attivare la fase B, che dovrà tenere conto dell'attuale Commissione Aziendale per la Gestione del Rischio Ospedaliero istituita nel 2002 con la partecipazione di Direzioni Mediche ed Amministrative di presidio, Ufficio legale, Ufficio Qualità, Servizio medico competente, Servizio prevenzione e protezione, servizio igiene epidemiologia e controllo delle infezioni ospedaliere.

- 9.7 Progettazione di una struttura gestionale generale del rischio. Tale livello organizzativo dovrà prevedere lo sviluppo di competenze interne all'Azienda in

grado di gestire, in logica di autoassicurazione, specifiche aree del rischio aziendale.

PROGRAMMAZIONE 9. Definizione della struttura organizzativa complessiva gestionale del rischio a livello aziendale					
	ATTIVITA' FASE	RESPONSABILE e COINVOLTI	INIZIO mm/aa	FINE mm/aa	PRODOTTO
9.1	Definizione dell'interfaccia a livello strategico con il Risk Manager per la definizione delle aree e dei temi di intervento	Direzione Aziendale Risk Manager/Qualità	08/05	11/05	Individuazione Referenti
9.2	Attivazione di una rete di referenti nelle diverse strutture aziendali	Risk Manager/Qualità Dipartimenti Sanitari e Amministrativi	10/05	06/06	Elenco referenti Verbale incontro
9.3	Organizzazione di gruppi di lavoro tecnico scientifici con mandato a termine e compiti di gestione delle attività individuate come prioritarie dalla Direzione	Risk Manager/Qualità Dipartimenti Direzioni Mediche	01/06	→ 08	Istituzione Gruppi Verbali attività
9.4	Costituzione di un Ufficio/ Unità di Gestione del Rischio diretto dal Risk Manager con articolazioni dipartimentali.	Risk Manager/Qualità Broker Direzione Aziendale	10/05	03/06	Atto Costitutivo
9.5	Collaudo della struttura e sua messa a regime	Risk Manager/Qualità Broker Direzione Aziendale	03/06	→ 08	Relazione Atti Aziendali
9.6	Sviluppo competenze specifiche nell'Ufficio legale.	Risk Manager/Qualità Broker Direzione Aziendale	01/06	→ 08	Piano formazione
9.7	Progettazione di una struttura gestionale generale del rischio	Risk Manager/Qualità Broker Ufficio Legale	01/07	→ 08	Progetto

10. IMPLEMENTAZIONE DI SOTTOPROGETTI SPECIFICI PER AREE NON SANITARIE

Quando sviluppata gran parte delle attività ed organizzata la struttura gestionale, si prevede di attivare lo studio di sottoprogetti specifici relativi alle dimensioni del rischio non propriamente legato alla prestazione sanitaria:

- Rischio tecnologico
- Rischio strutturale
- Rischio economico finanziario
- Rischio ambientale

PROGRAMMAZIONE Implementazione di sottoprogetti specifici per aree non sanitarie					
	ATTIVITA' FASE	RESPONSABILE e COINVOLTI	INIZIO mm/aa	FINE mm/aa	PRODOTTO
	Studio sottoprogetti	Risk Manager/Qualità Broker SPP SMC SIC Direzioni Mediche Dipartimento Amministrativo Ufficio Tecnico	01/08	→ 08	Sottoprogetti

