

ALLEGATO A

Procedura organizzativa per l'attestazione delle pratiche per la sicurezza del paziente tramite sistema di accreditamento istituzionale

Obiettivi

Specificare le fasi di realizzazione del processo di attestazione delle pratiche per la sicurezza del paziente nell'ambito del sistema di accreditamento istituzionale (ai sensi della Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 e il decreto del Presidente della Giunta regionale 24 dicembre 2010, n. 61/R e successive modifiche e integrazioni).

Campo di applicazione

Aziende sanitarie toscane, strutture complesse e semplici dipartimentali.

Tabella Descrizione del flusso di processo per l'attestazione delle pratiche per la sicurezza del paziente tramite il sistema di accreditamento istituzionale

Fase	Attività	Ruoli	Destinatari	Tempi	Doc di riferimento	Note
1)	Attestazione possesso del requisito M11 per la struttura organizzativa funzionale (dipartimento o area funzionale) oggetto di attestazione	Direzione Generale aziendale	Ufficio Regionale di competenza	Ogni 5 anni e ogni qual volta c'è una nuova domanda di accreditamento	Domanda di accreditamento istituzionale e inserimento dati sul software per il supporto alla raccolta dati ed il calcolo degli indicatori relativi ai requisiti di accreditamento	Per la definizione della data di attestazione delle pratiche per la sicurezza del paziente fa fede la data di invio della domanda di accreditamento istituzionale.
2)	Invio del file excel con il dettaglio delle pratiche per la sicurezza del paziente per	Centro GRC	Direzione Generale aziendale e clinical risk manager	Ogni 5 anni (contestualmente alla domanda di accreditamento) ed ogni volta che ci	File excel "PSP_elenco strutture accreditate"	

	ciascuna struttura operativa (complessa o semplice dipartimentale) che compone la struttura organizzativa funzionale attestata.			sono integrazioni della domanda		
3)	Conferma della correttezza dei dati contenuti nel file excel inviato dal Centro GRC	Direzione Generale aziendale e clinical risk manager	Centro GRC	Ogni 5 anni (contestualmente alla domanda di accreditamento) ed ogni volta che ci sono integrazioni della domanda	Lettera del DG che conferma i dati forniti	Nella lettera è necessario introdurre un riferimento specifico al file excel "PSP_ accreditate"
4)	Valutazione delle avvenute attestazioni secondo procedure definite successivamente dal Centro GRC	Centro GRC	Strutture funzionali attestate	In maniera sistematica da parte del Centro GRC in collaborazione con auditor regionali del Centro GRC	Domanda di accreditamento istituzionale e inserimento dati sul software per il supporto alla raccolta dati ed il calcolo degli indicatori relativi ai requisiti di accreditamento. Per la nomina degli auditor si fa riferimento a: D.G.R. n. 101 del 16 febbraio 2009 "Indirizzi per la gestione degli eventi avversi e la pratica dell'audit clinico (ex Delibera G.R. n. 704 del	Le visite potranno essere realizzate anche con metodo a campione

					08/10/2007" e individuati con avviso pubblico indetto con Decreto dirigenziale n. 4818 del 02/10/09	
5)	Rilascio dei certificati di attestazione delle pratiche per la sicurezza solo per le strutture visitate	Centro GRC	DG aziendali, CRM e Responsabili Aziendali		Format GRC per i certificati di attestazione	Vista l'entità del numero di strutture funzionali da accreditare, i certificati potranno essere rilasciati sia in formato cartaceo che elettronico
6)	Pubblicazione dell'avvenuta attestazione delle pratiche per la sicurezza del paziente sul sito GRC e attraverso le modalità previste dagli altri organi regionali di competenza	Centro GRC	Aziende sanitarie, cittadini, opinione pubblica	Contestualmente al rilascio dei certificati	Sito del Centro GRC	
7)	Valutazione ad hoc per eventi sentinella di rilevanza regionale o situazioni particolarmente critiche	Centro GRC	Strutture sanitarie coinvolte	Ogni volta che ne viene valutata l'opportunità.	D.G.R. n. 225 del 03/04/2006 + Allegato A "Azioni di coordinamento e sviluppo delle attività di gestione del rischio clinico"	