

All. A

Attestazione volontaria di buone pratiche per la Gestione del Rischio Clinico

1. INTRODUZIONE

Questo documento contiene le finalità e le indicazioni operative per aderire al modello di attestazione volontaria di buone pratiche messo a punto dal Centro per la Gestione del Rischio Clinico della Regione Toscana.

La presente proposta va incontro sia all'opportunità di **valorizzare e rendere visibili i risultati ottenuti dalle strutture che s'impegnano per la sicurezza dei pazienti**, che alla necessità di **contenere i costi assicurativi**, mediante l'attestazione dei livelli di prestazione raggiunti dalle organizzazioni sanitarie nella gestione del rischio clinico.

Tale proposta segue ed integra l'applicazione dei requisiti per la gestione del rischio clinico stabiliti per l'**Accreditamento Istituzionale**.

2. FINALITÀ

Il processo di attestazione volontaria di buone pratiche è finalizzato a:

- offrire uno **schema di riferimento** (area di attività, standard e buone pratiche) per focalizzare le attività di gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie;
- favorire lo **sviluppo teorico e pratico** della cultura della sicurezza;
- **riconoscere, valorizzare e dare visibilità** alle strutture sanitarie che si impegnano nel miglioramento della sicurezza dei pazienti;
- **motivare gli operatori** allo sviluppo, all'implementazione ed alla valutazione di soluzioni di miglioramento della sicurezza e della qualità;
- **ridurre il contenzioso** mediante la riduzione degli eventi avversi e la prevenzione del ripetersi delle condizioni che li hanno favoriti;
- **supportare le organizzazioni sanitarie** nella gestione degli eventi avversi e del contenzioso;
- **assicurare le associazioni di cittadini** sul livello di sicurezza raggiunto dall'organizzazione sanitaria.

L'adesione agli standard previsti da tale modello consente alle organizzazioni sanitarie di sottoporsi al processo di attestazione volontaria delle iniziative per la GRC.

3. STANDARD

Gli standard definiti dal modello sono organizzati in tre aree:

1. **Attività cliniche e assistenziali**
2. **Sviluppo sistema gestione rischio clinico**
3. **Formazione e performance degli operatori**

Gli **standard e le buone pratiche correlate** derivano da raccomandazioni elaborate da società scientifiche o dallo stesso centro gestione rischio clinico (risultato finale delle campagne per la sicurezza del paziente o di altre attività di ricerca-azione).

La loro definizione come **standard regionale** per l'attestazione volontaria è subordinata alla approvazione del Consiglio Sanitario Regionale.

4. ARTICOLAZIONE DEGLI STANDARD

Gli standard sono articolati in schede tecniche. La "scheda tecnica" contiene:

- il rationale dello standard;
- i relativi requisiti minimi;
- i risultati che le organizzazioni sono tenute a dimostrare per attestare l'adesione allo standard oggetto di valutazione ed il livello di prestazione raggiunto;
- gli atti, la normativa e la bibliografia di riferimento.

Nel caso di standard che contengono una serie di buone pratiche, è definita una scheda tecnica per ciascuna buona pratica, per cui l'organizzazione può anche richiedere la attestazione di ogni singola buona pratica separatamente.

Le schede tecniche sono identificate da un codice, in cui il primo numero indica l'area, il secondo lo standard e l'eventuale terzo numero la buona pratica in cui è sottoarticolato lo standard.

Il Centro GRC può essere consultato per avere informazioni riguardo ai requisiti di adozione di standard e buone pratiche.

5. LIVELLI DI PRESTAZIONE

Il progresso di un'organizzazione attraverso gli standard segue una sequenza logica suddivisa in **tre livelli di prestazione**:

- 1) **Deliberazione**= recepimento da parte della azienda sanitaria delle buone pratiche da adottare in relazione agli obiettivi prefissati annualmente nel piano aziendale per la Sicurezza del Paziente, in collegamento con il piano aziendale per la Qualità;

- 2) Attuazione=implementazione di politiche e procedure per la GRC;
- 3) Valutazione=monitoraggio dei risultati raggiunti e conseguente revisione delle politiche e delle procedure precedenti.

Nelle schede tecniche sono descritti i requisiti minimi necessari per dimostrare il raggiungimento di ciascuno dei due livelli da parte delle organizzazioni che si sottopongono al processo di valutazione. Le organizzazioni che si sottopongono al processo di attestazione devono avere raggiunto il livello 3.

6. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE VOLONTARIA

Una struttura funzionale o professionale, un dipartimento o un presidio ospedaliero che intende sottoporsi alla valutazione è tenuta a farne richiesta con almeno tre mesi di anticipo alla Direzione Generale Aziendale, specificando quali standard vuole sottoporre a verifica. La valutazione volontaria di conformità sarà effettuata, attraverso un “**Audit**”, effettuato da esperti interni ed esterni alle aziende sanitarie ed entro tre mesi dalla richiesta, sui livelli di prestazione due e tre relativi alle buone pratiche proposte periodicamente dal Consiglio Sanitario Regionale. Il Direttore Generale, con proprio atto interno, affida la valutazione ad un pool di **auditor** composto da:

- il Direttore Sanitario Aziendale o suo delegato;
- il Clinical Risk Manager;
- il Responsabile della Struttura Qualità e Accredimento;
- un tecnico esperto della buona pratica proveniente da altra azienda sanitaria della medesima area vasta;
- un tecnico esperto della buona pratica proveniente da azienda sanitaria di altra area vasta.

Tale valutazione viene adeguatamente pianificata, a cura della Struttura Qualità e Accredimento e della Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente, nell’ambito delle attività di auditing aziendale.

Il pool di auditor effettuerà l’esame del raggiungimento dei livelli di prestazione (attuazione e valutazione) nelle strutture che hanno adottato gli standard e le buone pratiche, mediante **osservazioni sul campo ed incontri con gli operatori** per rilevare l’effettiva applicazione e valutazione dei requisiti previsti nelle schede tecniche. Al termine della valutazione alla struttura verrà rilasciato **un attestato che documenta** l’effettiva adesione agli standard e buone pratiche proposte. Tale attestato potrà essere pubblicizzato all’interno ed all’esterno della struttura sanitaria.

In caso di **esito negativo** della valutazione di conformità, la domanda richiesta di attestazione non potrà essere ripresentata prima di 6 mesi.

L'attestazione può essere ritirata in qualsiasi momento, a giudizio della Direzione Generale e su parere del Direttore Sanitario Aziendale, qualora siano venute meno le condizioni stabilite per il suo rilascio, anche a seguito di verifiche conseguenti a reclami e denunce di cittadini. La successiva richiesta di attestazione non potrà avvenire in questo caso prima di un anno.

Il Centro regionale per la Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente svolge la valutazione annuale sulla conformità delle buone pratiche ai requisiti tecnici stabiliti, anche al fine di renderle più aderenti alle necessità operative.

7. AMBITO DI APPLICAZIONE (azienda o struttura sanitaria)

Le organizzazioni sanitarie che possono richiedere la valutazione per il rilascio dell'attestazione sono:

P= presidi ospedalieri o territoriali;

D= dipartimenti

S= strutture funzionali o professionali.

Alcuni standard hanno un ambito di applicazione esclusivo, mentre altri sono validi per tutti gli ambiti di applicazione. In entrambi i casi ciò è specificato nella relativa scheda tecnica.

La Direzione Generale Aziendale può esonerare, con motivata giustificazione, talune strutture dalla applicazione della buona pratica.

N.B. Gli standard e buone pratiche per le quali si può richiedere l'attestazione volontaria sono periodicamente deliberate dalla Giunta Regionale, previo parere tecnico del Consiglio Sanitario Regionale.