

LA IV CONVENTION DEI CLINICAL RISK MANAGER ITALIANI
Riflessioni e proposte per la sicurezza delle cure

A cura della **Sub Area Rischio Clinico** della
Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle P.A

**Sicurezza delle cure e sostenibilità:
I modelli organizzativi**

Enrico Burato
Direttore Sociosanitario ASST Spedali Civili di Brescia

IV CONVENTION NAZIONALE CLINICAL RISK MANAGER

TAVOLO DI LAVORO

Sicurezza delle cure e sostenibilità: modelli organizzativi

Coordinamento del Tavolo: Enrico Burato, Marcello Pezzella, Enrica Ricci, Paola Colombo, Francesco Venneri

Con la partecipazione attiva di Velia Bruno (ISS) e Patrizia Cuccaro (Ministero della Salute)

SPUNTI DI RIFLESSIONE

I QUESITI E I COMPITI DEL TAVOLO

- 1) QUALI MODELLI SONO OGGI AVVIATI NELLE AZIENDE SANITARIE (ESPERIENZE A CONFRONTO)
- 2) CRITICITA' E PUNTI DI FORZA DELLE ESPERIENZE ATTUALI
- 3) PROPOSTE DI EVOLUZIONE DA PORTARE A LIVELLO ISTITUZIONALE



IV CONVENTION
NAZIONALE
CLINICAL RISK
MANAGER

Criticità riscontrate

- Problema delle risorse dedicate nelle UGR
- Problema del mandato e della cultura della Direzione Strategica
- Condizionamento dello stile in funzione della provenienza professionale
- Spesso c'è un referente e non una vera struttura
- Visione a silos molto forte
- Grande difformità sui modelli organizzativi e dipendenze gerarchiche molto differenti tra loro (staff che dipendono direttamente dalle «line» e funzioni aziendali «deboli»)
- Il risk manager che svolge anche tante altre funzioni (sindrome «dell'eanchismo»)
- Problema della «cultura» da sviluppare con più forza (Tema della normalizzazione della violazione problema culturale)

IV CONVENTION
NAZIONALE
CLINICAL RISK
MANAGER

LE PROPOSTE DEL TAVOLO

IV CONVENTION
NAZIONALE
CLINICAL RISK
MANAGER

LIVELLO ORGANIZZATIVO DI COLLOCAZIONE DELLA FUNZIONE

- Collocazione della funzione in staff alla direzione strategica (in staff al direttore generale) . Valorizzarlo come staff strategico.
- La funzione dovrebbe essere collocata in una «struttura organizzativa» e non solo riconosciuta come «funzione», dotata di risorse minime in relazione delle dimensioni (integrazione ai nuovi requisiti di accreditamento).
- I risk manager e gli addetti alla funzione di risk management devono avere una formazione «strutturata» con preparazione metodologica al di là della provenienza professionale (formazione istituzionale)

IV CONVENTION
NAZIONALE
CLINICAL RISK
MANAGER

LIVELLO ORGANIZZATIVO DI COLLOCAZIONE DELLA FUNZIONE



- La rete dei «referenti del risk nelle UO / servizi» deve essere ricondotta a logiche di attribuzione di funzioni organizzative e professionali e non solo su disponibilità come “referenti” (area prof sanitarie e tecnico amministrative), così come l’incarico professionale per la dirigenza sanitaria. Evitare la sindrome dell’«eanchismo». Strutturazione di eventi formativi con metodologie condivise e formalizzate dei referenti che devono essere collegate alla funzione aziendale di RM.
- Formazione rivolta alle Direzioni Strategiche inerente la funzione di risk management quale strumento che rappresenta una “misura” per l’organizzazione ma anche «supporto alla pianificazione strategica» con definizione di obiettivi specifici sul risk da attribuire alle direzioni strategiche.
- Inserire anche nei LEA alcuni temi inerenti il risk management (es. la strutturazione della funzione, il board di coordinamento per la sicurezza sanitaria, il piano programma / PARM, ecc...)

INTEROPERABILITA' DELLE FUNZIONI

- Superare la logica a silos e andare verso un modello che vede centrale la gestione del rischio clinico ma che nel contempo colleghi tutte le altre funzioni di gestione della sicurezza aziendale.
- Spinte sul «coordinamento» delle funzioni deputate alla sicurezza per orientarsi ad una logica di gestione del “rischio sanitario” (strumenti di analisi condivise con altri process owner che concorrono nella sicurezza per creare un modello integrato dei rischi, es Enterprise Risk Management ERM, ecc...)

IV CONVENTION
NAZIONALE
CLINICAL RISK
MANAGER

Evoluzione dei modelli

la funzione aziendale di risk management si è focalizzata sino ad oggi prioritariamente sui percorsi clinico-assistenziali (rischio clinico)

superare la
visione «a silos»



favorire un dialogo interno sui rischi tra le diverse parti dell'organizzazione

- IT e sicurezza delle informazioni
- Ingegneria Clinica e Fisica Sanitaria,
- Area Sanitaria e Sociosanitaria ,
- CIO / ICA e Direzioni Mediche
- Comitati Buon uso del Sangue,
- sicurezza dei farmaci e dei dispositivi medici
- Area Tecnico Patrimoniale,
- Sviluppo del miglioramento della qualità e accreditamento
- RSPP e medico competente
- Risorse Umane

riducendo le eventuali sovrapposizioni o duplicazioni di assessment, valutazione, riesame della Direzione, reporting e auditing, in merito ai sistemi di gestione esistenti (qualità, ambientale - gestione rifiuti, DL 81/08, Legge Privacy, Modello 231/01, Anticorruzione, sicurezza delle informazioni etc.)

IV CONVENTION
NAZIONALE
CLINICAL RISK
MANAGER

STRUMENTI MINIMI

- Piano programma o piano annuale di risk management sul quale si rende necessario definire uno schema unico e condiviso a livello nazionale circa i contenuti minimi
- Gruppo di coordinamento “board” sul rischio sanitario in ogni azienda sanitaria che coordini lo sviluppo delle strategie sul rischio clinico ma anche le interfacce con le altre funzioni della sicurezza in azienda
- Necessità della presenza del RM nel CVS e linee di indirizzo condivise di funzionamento dello stesso

IV CONVENTION
NAZIONALE
CLINICAL RISK
MANAGER

FLUSSI NECESSARI

- I flussi necessari per la funzione del risk management deve prevedere almeno: Sistema di incident reporting (near miss, eventi avversi , eventi sentinella, cadute accidentali, ICA), emovigilanza, dispositivi medici, raccomandazioni ministeriali, farmacovigilanza, gestione sinistri, violenza a danno degli operatori, indicatori di patient safety (PSI), PNE , indicatori di produzione (SDO e ambulatoriale) , sorveglianza mortalità materna e perinatale, reclami e segnalazioni URP
- Si rende necessario dare indicazioni chiare e univoche sulla modalità di segnalazione (SIMES e non solo) con linee guida uniche che definiscano anche chi segnala e cosa (attività in corso con il Ministero della Salute)
- Sono utili anche dati sulle risorse umane divise per UO
- Necessità di avere strumenti di raccolta comuni, meglio se su base regionale





GRAZIE!!

IV CONVENTION
NAZIONALE
CLINICAL RISK
MANAGER