

SERVIZIO PROPONENTE: U.O. Qualità, Accreditamento e Appropriatelyzza, rapporti con la committenza, Sicurezza e Risk management

Allegati:

1. Procedura "gestione del rischio attraverso lo strumento dell'Incident reporting";
2. procedura "la prevenzione cadute in ambiente ospedaliero"
3. materiale divulgativo procedura allegato 1)

il Responsabile dell'Istruttoria

Il sottoscritto Direttore della struttura proponente, DICHIARA la presente proposta di deliberazione legittima, regolare sotto il profilo tecnico e contabile.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

OGGETTO: Approvazione Procedure aziendali: "gestione del rischio attraverso lo strumento dell'Incident reporting" e "la prevenzione cadute in ambiente ospedaliero".

PROPOSTA N° _____ IN DATA _____

Servizio: U.O. Qualità, Accreditamento e Appropriatelyzza, rapporti con la committenza, Sicurezza e Risk management

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO: Dr.ssa Giuseppina Garau

IL DIRIGENTE: Dott. Antonio Maria Pinna

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATE

- la D.G.R. n. 5/20 del 29/01/2013 recante "Indirizzi alle Aziende Sanitarie della Regione Sardegna nel settore assicurativo";
- la D.G.R. N. 37/11 del 12/09/2013 che detta le linee di indirizzo regionali per la Governance del Rischio clinico;

DATO ATTO che

- con propria Deliberazione D.G. n.908 del 05/10/2012 è stata istituita la struttura complessa "qualità, accreditamento e appropriatezza, rapporti con la committenza, sicurezza e risk management" e nominato quale responsabile ad interim della struttura medesima il Dott. Antonio Maria Pinna;
- con Deliberazione D.G. n. 99 del 25/01/2013 si è provveduto ad istituire il Nucleo Strategico Aziendale per la Qualità e Gestione del Rischio clinico nella ASL di Oristano;
- che con successiva deliberazione D.G. n. 444 del 24/05/2013 è stato costituito il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) con indicazione delle attività di competenza e individuazione dei componenti con relativi compiti;

CONSIDERATO che, nell'ambito della realizzazione del modello organizzativo di gestione del rischio clinico, individuato dalle disposizioni regionali, è stata costituita, con Deliberazione D.G. n. 699 del 09/08/2013, la Rete Aziendale dei facilitatori - delegati alla Qualità e Rischio Clinico;

VISTA inoltre la Deliberazione D.G. n. 700 del 09/08/2013 con la quale è stata approvata la procedura generale "Stesura dei documenti (procedura, protocollo, istruzione operativa, ecc..) la quale rappresenta il modello comune che deve essere utilizzato per la predisposizione delle procedure da istituire per la

regolamentazione delle attività nell'ambito della gestione della Qualità e del Rischio clinico;

RILEVATO che, nell'ambito della individuazione dei metodi e degli strumenti da adottare per l'analisi dell'errore e la gestione del rischio clinico, l'U.O. Qualità, Accreditamento e Appropriatelyzza, rapporti con la committenza, Sicurezza e Risk Management ha predisposto, sulla base del modello sopra citato, le procedure **"gestione del rischio attraverso lo strumento dell'Incident reporting"** e **"la prevenzione cadute in ambiente ospedaliero"**

ACCERTATO che la procedura **"gestione del rischio attraverso lo strumento dell'Incident reporting"** allegata alla presente sotto 1) per farne parte integrante e sostanziale, descrive le modalità di segnalazione degli eventi avversi e ha lo scopo di raccogliere le informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause con l'obiettivo di prevenire e diffondere le conoscenze e favorire lo sviluppo di una cultura della sicurezza;

APPURATO inoltre che la procedura **"la prevenzione cadute in ambiente ospedaliero"** allegata alla presente sotto 2) per farne parte integrante e sostanziale, descrive le azioni, i ruoli e le responsabilità dei diversi attori nella prevenzione e nella gestione delle cadute dei pazienti ricoverati;

RILEVATO che le procedure di cui all'oggetto dovranno essere utilizzate da tutto il personale sanitario delle UUOO semplici e complesse dei PP.OO. e che i Facilitatori del rischio clinico delle varie UU.OO. collaboreranno per la diffusione e la raccolta delle schede dell'"*incident reporting*"

RITENUTO di dover procedere alla formale approvazione delle procedure di cui trattasi;

VISTO il D.M. 5 marzo 2003 denominato "Rischio clinico in Sanità : il problema degli errori" della Commissione tecnica sul rischio clinico del Ministero della Salute;

VISTA la Raccomandazione Ministeriale n. 13 del novembre 2011 "per la prevenzione e la gestione delle cadute del paziente nelle strutture sanitarie";

VISTO la L.R. n.5 del 07/08/2007;

VISTA la L.R. n. 10/06;

VISTA la L.R. n. 3 del 07.08.2009;

Con i pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

1. di approvare la procedura **"gestione del rischio attraverso lo strumento dell'Incident reporting"**, allegata alla presente sotto 1) e relativo materiale divulgativo (allegato 3);

2. di approvare la procedura **"la prevenzione cadute in ambiente ospedaliero"**, allegata alla presente sotto 2)
3. di incaricare la struttura "Qualità, Accreditamento e Appropriatelyzza, rapporti con la committenza, Sicurezza e Risk Management" della trasmissione del presente atto ai Direttori dei PP.OO. aziendali per gli adempimenti di competenza e della diffusione delle procedure di cui trattasi al fine di garantirne una corretta applicazione;

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mariano Meloni

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Maria Giovanna Porcu

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Orlando Scintu

Il sottoscritto Responsabile del Servizio Affari Generali Legali certifica che la presente deliberazione verrà pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Azienda dal 24/07/2014 al 07/08/2014.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI
Dr.ssa Antonina Daga