



# Regione Umbria

Giunta Regionale

---

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**N. 1401      SEDUTA DEL 27/11/2017**

**OGGETTO:** Linee di indirizzo per la definizione dell'organizzazione e delle funzioni per la Gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente.

		PRESENZE
Marini Catuscia	Presidente della Giunta	Presente
Paparelli Fabio	Vice Presidente della Giunta	Presente
Barberini Luca	Componente della Giunta	Presente
Bartolini Antonio	Componente della Giunta	Presente
Cecchini Fernanda	Componente della Giunta	Presente
Chianella Giuseppe	Componente della Giunta	Presente

---

Presidente: **Catuscia Marini**

Segretario Verbalizzante: Catia Bertinelli

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

---

L'atto si compone di 11 pagine

## LA GIUNTA REGIONALE

**Visto** il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: “**Linee di indirizzo per la definizione dell’organizzazione e delle funzioni per la Gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente.**” e la conseguente proposta dell’Assessore Luca Barberini;

**Premesso** che La Regione Umbria con i Piani Sanitari 2003–2005 e 2009-2011 nell’ottica di un sistema di Clinical Governance ha indicato il Clinical Risk Management tra le aree di interesse prioritario per il SSR e con proprio atto n. 1345/2007 ebbe a recepire le linee guida per la Gestione del Rischio Clinico elaborate dalla allora Azienda Sanitaria USL n. 1;

**Vista** la L.R 12 novembre 2012, n.18 “ Ordinamento del servizio sanitario regionale”;

**Vista** la Delibera della Giunta Regionale n. 1775/2012 “Studio di fattibilità per la gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo del contenzioso nelle Aziende Sanitarie Regionali. Provvedimenti “;

**Vista** la Delibera della Giunta Regionale n. 88 del 10/02/2014 “La gestione del rischio Clinico nell’ambito delle misure a sostegno del Governo Clinico. Approvazione di misure organizzative” che istituisce la Commissione Regionale di Coordinamento del Rischio Clinico e nomina il Dott. Imolo Fiaschini quale Coordinatore, con le connesse funzioni di Presidente;

**Vista** la Delibera della Giunta Regionale n. 1639 del 28/12/2016 “ Accreditemento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Preadozione del Nuovo regolamento e dei nuovi criteri per il suo rilascio in attuazione della Intesa Conferenza Unificata del 19/2/2015”

**Vista** la Legge 24 del 8 marzo 2017 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”

### **Considerato che:**

- la sicurezza del paziente costituisce la base per una buona assistenza sanitaria e un principio fondamentale del diritto alla salute;
- la sicurezza delle cure è correlata alla qualità e ne rappresenta al dimensione più critica e la prevenzione e la gestione del rischio ne sono gli strumenti principali;
- la sicurezza delle cure e il rischio clinico raffigurano obiettivi prioritari perseguiti dal Servizio Sanitario Regionale e sono posti al centro della programmazione e gestione dei Servizi sanitari;
- la promozione della sicurezza, la gestione del rischio clinico e la gestione degli eventi avversi sono requisiti previsto nel Nuovo Regolamento Regionale per l’ Accreditemento Istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- la sicurezza del paziente si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e deve essere affrontata attraverso l’adozione di pratiche del Governo Clinico che consentano di porre la tematica della “Patient Safety” al centro dell’attenzione, valorizzando al contempo il ruolo e le professionalità di tutte le figure professionali che operano in sanità;
- è necessario rideterminare indirizzi e linee strategiche univoche per la strutturazione delle attività di Gestione del Rischio Clinico sia come modello organizzativo, sia ridefinendone le funzioni, fornendo alle Aziende del Sistema Sanitario Regionale Umbro indirizzi univoci, in modo tale da poter effettuare coerenti valutazioni e verifiche sulle attività e sui risultati;
- è necessario rideterminare le funzioni e le attività per la Gestione del Rischio Clinico nelle Aziende del Sistema Sanitario Regionale e istituire il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente (legge 24 del 8 marzo 2017)

**Preso atto:**

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

**Vista** la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

**Visto** il Regolamento interno di questa Giunta;

**A voti** unanimi espressi nei modi di legge,

**DELIBERA**

*per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione*

- 1) di istituire ai sensi della L. 24 del 8 marzo 2017 il Centro per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente (dichiarando decaduta la DGR 88/2014);
- 2) di approvare la ridefinizione dell'organizzazione e delle funzioni della struttura di Gestione Rischio Clinico nelle Aziende Sanitarie della Regione Umbria (dichiarando decaduta la DGR 1345/2007);
- 3) di notificare il presente atto ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali al fine di renderne operativo il contenuto;
- 4) di dare mandato alle Aziende Sanitarie Regionali di avviare l'applicazione delle suddette linee d'indirizzo e di prevedere a distanza di un anno dall'adozione del presente provvedimento una verifica della loro attuazione.

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

### **Oggetto: Linee di indirizzo per la definizione dell'organizzazione e delle funzioni per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.**

A seguito del riordino del SSR e alla luce delle norme nazionali, che anche con la recente Legge di Stabilità (L. 208/2015) e soprattutto con la Legge 24 dell'8 marzo 2017, descrivono la realizzazione di attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario come interesse primario del SSN per garantire appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e tutela del paziente, con il presente atto si intende ribadire e specificare il ruolo della Regione nel coordinamento delle Unità aziendali per la gestione complessiva delle misure per il risk management.

La Regione Umbria già dal 2007 (DGR n.1345/2007) aveva stabilito modalità organizzative definendo un sistema di prevenzione e gestione del rischio clinico, al fine di garantire la sicurezza delle cure, anche attraverso azioni di promozione, indirizzo normativo, supporto metodologico e verifica di pratiche cliniche ed organizzative in grado di tutelare la sicurezza del paziente.

La L.R. 8/2013 formula disposizioni in materia di autoassicurazione in ambito sanitario e con DGR 438/2013, anche in base ai risultati derivati dallo studio di fattibilità per la progettazione da parte della Azienda Ospedaliera di Perugia (capofila) di un modello regionale più adeguato e moderno di gestione unitaria delle coperture assicurative (DGR 1585/2011), istituisce il fondo di autorizzazione regionale per il risarcimento danni da responsabilità sanitaria in ambito sovra aziendale, specificando modalità di erogazione e rendicontazione.

Per completare il controllo su tutti gli aspetti di risk management, con DGR n. 88/2014 la Regione Umbria ha istituito la "Commissione regionale di Coordinamento del Rischio Clinico" quale struttura referente per la Giunta Regionale al fine di "... garantire la produzione univoca delle linee di indirizzo, il controllo, la funzionalità, l'attività e la verifica del processo legato alla gestione del rischio clinico..."

L'operatività della Commissione Regionale, formata dai Risk Manager delle Aziende Sanitarie, da referenti regionali e dal coordinatore Dott. Imolo Fiaschini, attualmente Direttore Generale della Usl Umbria 2, è stata caratterizzata da attività volte in primo luogo al monitoraggio e alla verifica del grado di adempimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Per l'area di adempimento Rischio Clinico e Sicurezza dei Pazienti la Commissione ha proceduto alla ricognizione, in termini qualitativi e quantitativi, della risposta delle Aziende Sanitarie Umbre; nello specifico è stato:

- verificato a livello delle singole Aziende Sanitarie il grado di applicazione formale e sostanziale delle Raccomandazioni Ministeriali e dell'implementazione della Check List per la sicurezza in sala operatoria (Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria, Ministero della Salute, 2009), predisponendo un modello di delibera che le singole Aziende potranno utilizzare per il recepimento delle raccomandazioni Ministeriali;
- verificata l'attivazione della centralizzazione per la preparazione dei Farmaci antineoplastici;
- verificati i corsi di aggiornamento svolti in ambito sanitario e quelli specifici per la sicurezza dei pazienti a livello Regionale e delle singole Aziende Sanitarie;
- acquisite, visionate e validate le procedure per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti nelle Strutture Sanitarie in applicazione nelle quattro Aziende Sanitarie regionali e definito il Piano di Prevenzione delle Cadute nelle Strutture Sanitarie della Regione Umbria;
- istituito il gruppo di esperti per l'analisi degli Eventi Sentinella, composto dai membri della Commissione di Coordinamento Regionale del Rischio Clinico, integrato di volta in volta, con eventuali ulteriori professionisti laddove necessario;

- attivato un sistema di monitoraggio con indicatori e standard per la valutazione dei piani di miglioramento per gli Eventi Sentinella inseriti nel portale SIMES;
- definita una strategia di condivisione sulle modalità di acquisizione del consenso e sulla redazione/validazione delle note informative nelle quattro Aziende Sanitarie;
- definito un percorso che circoscriva strategie integrate per ridurre la mortalità Ospedaliera associata alla Sepsis grave.

Inoltre, i membri della Commissione Regionale di Coordinamento Rischio Clinico hanno raccolto, valutato e confrontato le modalità organizzative delle strutture di Gestione del Rischio Clinico, visionando atti Aziendali, Delibere e Determine dalle singole Aziende.

Sono stati definiti i punti di forza ed i punti di debolezza su cui lavorare per omogeneizzare il più possibile a livello regionale e nelle singole Aziende i comportamenti e gli obiettivi, utilizzando anche il questionario "CARMINA", proposto dal Comitato Interregionale del Rischio Clinico.

In base alla legge 24 dell'8 Marzo 2017 è necessario per lo sviluppo della sicurezza delle cure che la Regione istituisca il Centro per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente definendone sia l'organizzazione che le funzioni.

### **1) Organizzazione e funzioni del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.**

La Commissione Regionale di Coordinamento del Rischio Clinico, in base alla Delibera della Giunta Regionale n. 88 del 10/02/2014 si proponeva, in una prima fase, di supportare la realizzazione di programmi e progetti di Gestione del Rischio Clinico nelle Aziende Sanitarie Regionali, individuare modelli, metodi e strumenti comuni, favorendo lo scambio di esperienze e il cambiamento culturale nei confronti degli eventi, incidenti ed errori.

Nel primo periodo di attività le iniziative svolte sono state finalizzate alla riduzione dei rischi correlati all'assistenza nelle strutture sanitarie e al miglioramento continuo della qualità delle cure.

Alla luce della L. 24/2017 la Regione istituisce, in sostituzione del suddetto Coordinamento, Il Centro per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.

Il Centro sarà funzionalmente collocato nel Servizio "Mobilità sanitaria e gestione del sistema informativo sanitario e sociale. Osservatorio epidemiologico regionale" della Direzione regionale "Salute, Welfare. Organizzazione e risorse umane".

Il Centro è composto:

- dal Dirigente del Servizio "Mobilità sanitaria e gestione del sistema informativo sanitario e sociale. Osservatorio epidemiologico regionale" con funzioni di coordinatore
- dai Risk Manager delle Aziende Sanitarie
- da una professionalità dedicata messa a disposizione dalle Aziende Sanitarie, con formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore

e sarà integrabile con altre professionalità su richiesta del coordinatore.

Primo compito del Centro è quello di raccogliere dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private della Regione i dati sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e trasmetterli annualmente all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità.

Per questo sarà necessario realizzare un sistema informativo integrato per la Gestione del Rischio Sanitario e Sicurezza del Paziente.

Gli obiettivi e le azioni che si intendono perseguire per sviluppare iniziative sinergiche concernenti la Gestione del Rischio Sanitario sono:

- coordinare i programmi e progetti di Gestione del Rischio Sanitario e Sicurezza dei Pazienti;

- svolgere il monitoraggio e l'analisi degli eventi sentinella, in qualità di gruppo di esperti;
- provvedere al monitoraggio e alla verifica dell'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute e dell'adozione della Check list in sala operatoria nelle Aziende Sanitarie Regionali;
- definire annualmente gli obiettivi in materia di Gestione del Rischio Sanitario e Sicurezza del paziente da attribuire alle Aziende Sanitarie Regionali;
- produrre e diffondere un report annuale sui risultati raggiunti in materia di Gestione del Rischio Sanitario e Sicurezza del paziente;
- adottare una comunicazione periodica verso le Aziende Sanitarie riguardo a evoluzioni organizzative rilevanti per il Rischio Sanitario e Sicurezza del paziente;
- programmare specifiche iniziative di supporto tecnico-professionale per la prevenzione degli eventi avversi.
- Attivare flussi comunicativi codificati e rapporti costanti di scambio e collaborazione tra il Centro per la Gestione del Rischio Sanitario e Sicurezza del Paziente e la Gestione del contenzioso, il Servizio per l'accreditamento istituzionale e il Sistema di valutazione delle performance,

Il Centro svolge le funzioni di coordinamento delle attività di gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente in tutto il servizio sanitario regionale, a garanzia di equità e omogeneità dei livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni erogate.

## **2) L'organizzazione e le funzioni della Gestione Rischio Clinico nelle Aziende Sanitarie regionali**

Le Aziende Sanitarie regionali dovranno costituire il Comitato Aziendale per la Sicurezza del Paziente composto dal Responsabile e dai componenti della Struttura Gestione Rischio Clinico, dai membri del Collegio di Direzione, dal Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, dal Responsabile Ufficio Tecnico, dal Responsabile Ufficio qualità ed accreditamento, dal Responsabile Aziendale della Medicina Legale, dal Responsabile Ufficio Affari Legali e sarà coordinato e convocato dal Direttore Sanitario Aziendale.

Il Gruppo di Coordinamento Aziendale per la Sicurezza del Paziente si riunisce, di norma, 2 volte all'anno con funzioni di:

- recepimento e diffusione delle indicazioni regionali;
- valutazione delle informazioni esistenti sul profilo di rischio aziendale e definizione di indirizzi rivolti alla formulazione degli obiettivi annuali dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse/Semplici Dipartimentali in materia di sicurezza dei pazienti;
- verifica della concreta attuazione da parte delle singole Strutture operative e valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi;
- rendicontazione annuale al Centro Regionale per la Gestione Rischio Sanitario e Sicurezza del Paziente delle attività svolte e degli obiettivi raggiunti;
- definizione di strategie per il miglioramento dei rapporti con l'utenza e dell'immagine della struttura;
- validazione dei progetti formativi Aziendali in tema di Gestione integrata del Rischio Sanitario e Sicurezza dei Pazienti.

Ogni Azienda Sanitaria Regionale costituisce la Struttura di Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente posta in staff alla Direzione Aziendale con il mandato di mettere in atto attività, metodi e strumenti volti a identificare, valutare, monitorare e controllare il rischio sanitario correlato alle attività

cliniche assistenziale , organizzative e tecnologiche, in stretto rapporto di collaborazione con il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.

La gestione del rischio clinico è un processo che mira ad un miglioramento continuo della pratica clinica per renderla sempre più sicura, partendo dall'identificazione dei rischi per i pazienti, per arrivare alla loro riduzione, ove possibile, al fine di: aumentare la sicurezza del paziente, ridurre la possibilità di contenzioso tra il paziente e le strutture del SSR, dare sostegno all' attività professionale di tutti gli operatori.

La gestione del rischio clinico contribuisce a realizzare le azioni necessarie per ottemperare ai requisiti/indicatori previsti dalla DGR n. 1639/2016 "Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Preadozione del Nuovo regolamento e dei nuovi criteri per il suo rilascio in attuazione della Intesa Conferenza Unificata del 19/2/2015".

La Gestione del Rischio Clinico Aziendale si basa sui seguenti principi: coinvolgimento e partecipazione degli operatori, decisioni basate su elementi concreti ed attendibili, miglioramento continuo, una cultura "no blame", promuovendo una "cultura del rischio" fondata sulla convinzione che gli errori rappresentino, se adeguatamente analizzati, preziose opportunità di apprendimento e miglioramento continuo.

La Gestione del Rischio Clinico ha tra i compiti principale quello di prevenire da una parte gli eventi avversi gravi o più visibili (quelli di cui l'opinione pubblica viene a conoscenza), ma soprattutto far emergere i mancati incidenti ed azioni insicure che accadono più frequentemente nella pratica professionale e che rappresentano la base dell'iceberg.

Il Responsabile aziendale della Struttura di Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente è indicato dalla Direzione Generale tra i dipendenti aziendali con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Le principali funzioni del Responsabile aziendale della Struttura di Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente sono:

- coordinare i gruppi di lavoro aziendali operanti nei progetti di gestione del rischio clinico;
- garantire l'avvio e la gestione dei sistemi informativi ad hoc per il monitoraggio del profilo di rischio clinico Aziendale;
- predisporre il "Rapporto annuale sul profilo di rischio clinico" con particolare riferimento anche al raggiungimento degli obiettivi dell'accreditamento;
- predisporre il "Piano di attività annuale per la gestione del rischio clinico" tenendo conto dei requisiti/indicatori di cui alla DGR n. 1639/2016 "Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Preadozione del Nuovo regolamento e dei nuovi criteri per il suo rilascio in attuazione della Intesa Conferenza Unificata del 19/2/2015";
- coordinare la Rete dei Referenti per la gestione del rischio clinico;
- coordinare l'applicazione delle metodologie e degli strumenti di provata efficacia per l'analisi, la valutazione ed il controllo del rischio clinico e degli eventi avversi;
- supportare la Direzione aziendale nella definizione degli obiettivi di budget previsti per i Dipartimenti/UU.OO, per quanto riguarda la tematica del rischio clinico.
- Gestire le risorse specificamente dedicate al programma aziendale di gestione del rischio clinico dettagliato nel "Piano di attività annuale per la gestione del rischio clinico", secondo le indicazioni della Direzione Strategica Aziendale.

- Garantire la multidisciplinarietà e la partecipazione dei rappresentanti delle funzioni aziendali maggiormente coinvolte nelle attività di gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente (Servizio di Prevenzione e Protezione, Ufficio Qualità, Ingegneria Clinica, Sorveglianza Sanitaria ed eventuali altre competenze ritenute necessarie).
- Partecipare all'organizzazione degli eventi formativi e alle attività organizzative (esempio redazione procedure, percorsi ....) che comprendono aspetti di prevenzione, valutazione e gestione del rischio clinico.
- Partecipare d'ufficio a comitati informativi, operativi e di validazione come :
  - Comitato per il buon uso del sangue
  - Comitato aziendale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere
  - Commissione del farmaco e dei dispositivi sanitari;
  - Comitato Valutazione e Gestione Sinistri.

Il nucleo minimo per la realizzazione della Struttura Aziendale di Gestione Rischio Clinico deve prevedere:

- Responsabile (Clinical Risk Manager);
- Dirigenti Medici (uno o più) da individuare nelle disponibilità aziendali ed eventuale rappresentante della DMPO se il Risk Manager non fa parte della Direzione Medica;
- Rappresentanti delle professioni sanitarie (una o più) anche in rapporto con il Servizio delle Professioni Sanitarie;
- Eventuali ulteriori figure formate e motivate sulle tematiche GRC, da individuarsi nella disponibilità aziendale;
- Una professionalità amministrativa per seguire anche gli aspetti burocratici e di elaborazioni dati.

Le Funzioni ed i compiti attribuiti alla struttura di Gestione Rischio Clinico sono:

- promuovere la “cultura della sicurezza” creando negli operatori maggiore consapevolezza in riferimento alle azioni, agli eventi e i loro effetti sulla sicurezza dei pazienti;
- promuovere le segnalazioni degli eventi avversi e degli eventi evitati;
- guidare e sostenere i professionisti, avvalendosi di tutti gli strumenti offerti dalla letteratura, nell'analisi degli eventi avversi e degli eventi sentinella per imparare dall'errore e per definire ed attuare concrete e tempestive azioni per il miglioramento e creare un ambiente di apprendimento;
- monitorare gli eventi sentinella, gli eventi avversi e gli errori;
- identificare e valutare i rischi sanitari;
- sviluppare procedure aziendali e sottoporre a revisione documenti già esistenti che saranno formalmente immesse nella struttura documentale del Servizio Qualità Aziendale;
- proporre obiettivi di budget specifici per struttura;
- supportare gli esercenti delle professioni sanitarie nel trasferire le evidenze nella pratica clinica, nell'applicazione delle Linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check list ed altri strumenti per la prevenzione degli errori e monitorarne l'applicazione;
- promuovere l'applicazione delle metodologie e degli strumenti di provata efficacia per l'identificazione, l'analisi, la valutazione ed il controllo del rischio clinico e degli eventi avversi quali HFMEA (Health care Failure Mode and Effect Analysis), SWR (Safety Walk Round), SEA Significant event audit, RCA (Root Cause Analysis), M&M (Morbidity & Mortality) e sostenere i professionisti nella loro realizzazione;

- promuovere campagne di sensibilizzazione per il coinvolgimento attivo del paziente e dei familiari in tema di sicurezza;
- proporre al Comitato gli obiettivi per la sicurezza del paziente sulla base delle informazioni fornite dalle diverse strutture aziendali ed in particolare dal COGESI su specifica richiesta del Risk Manager;
- attivare flussi comunicativi codificati e rapporti costanti di scambio e collaborazione tra la Struttura aziendale di Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente e la Gestione del Contenzioso, l'Accreditamento Istituzionale e la Qualità;
- organizzare le attività necessarie per ottemperare agli specifici indicatori di cui alla citata DGR n. 1639/2016 relativi alla cultura della sicurezza, prevenzione e gestione dei rischi;
- proporre al Comitato un piano formativo annuale;
- relazionare annualmente sulle attività svolte.

Per favorire le interazioni, il coinvolgimento e la partecipazione degli operatori contribuendo così a logiche multiprofessionali e multidisciplinari nell'ottica della sicurezza del paziente, ci si avvale della "Rete Aziendale dei Referenti per il Rischio Clinico", coordinata dal Servizio Gestione del Rischio Clinico.

E' auspicabile che la rete dei referenti Aziendali sia unica per la Gestione del Rischio Clinico e il Sistema Qualità, in ogni caso coerente con le singole organizzazioni Aziendali, ma a garanzia dell'integrazione totale delle due filiere di attività.

La rete dei referenti è composta, per ogni SSD o SC, da un dirigente sanitario medico o un non medico designato dal responsabile di struttura e da un componente delle professioni sanitarie, individuati dal coordinatore responsabile del SITRO, da sottoporre a programma di formazione.

Ai referenti nominati sono attribuite le seguenti attività:

- motivare e coadiuvare l'equipe di riferimento nell'implementare le raccomandazioni, le buone pratiche e le procedure per la sicurezza del paziente;
- sensibilizzare e motivare gli operatori alla segnalazione degli eventi avversi, eventi sentinella, dei quasi eventi;
- promuovere, all'interno dell'equipe e in collaborazione con il Clinical Risk Manager, l'analisi degli eventi avversi e delle non conformità e la definizione ed attuazione delle azioni correttive o preventive;
- partecipazione ai gruppi di lavoro multidisciplinari per la redazione di procedure operative e percorsi del paziente sulle principali tematiche clinico-organizzative;
- fornire informazioni al personale dell'equipe di riferimento sui risultati del monitoraggio e sull'avanzamento dei progetti di miglioramento della qualità e della sicurezza;
- coadiuvare il monitoraggio degli indicatori di qualità e di sicurezza;
- promuovere la revisione strutturata delle proprie attività e dell'applicazione delle buone pratiche;
- fungere da canale preferenziale di passaggio delle comunicazioni, in senso bidirezionale, tra il servizio gestione del rischio clinico e la struttura/servizio operativo di appartenenza.

Al fine di garantire un'informazione e comunicazione trasparente, le Aziende Sanitarie definiscono la propria politica per il coinvolgimento e la partecipazione del cittadino nei percorsi della sicurezza e dedicano uno spazio web alla Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del paziente sul sito aziendale, che renda visibile l'organizzazione della Struttura, i principi e i metodi di gestione del rischio sanitario e le iniziative per la sicurezza dei pazienti.

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

- 1) di istituire, ai sensi della L. 24 del 8 marzo 2017, il Centro per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente (dichiarando decaduta la DGR 88/2014);
- 2) di approvare la ridefinizione dell'organizzazione e delle funzioni della struttura di Gestione Rischio Clinico nelle Aziende Sanitarie della Regione Umbria (dichiarando decaduta la DGR 1345/2007);
- 3) di notificare il presente atto ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali al fine di renderne operativo il contenuto;
- 4) di dare mandato alle Aziende Sanitarie Regionali di avviare l'applicazione delle suddette linee d'indirizzo e di prevedere a distanza di un anno dall'adozione del presente provvedimento una verifica della loro attuazione.

---

### **PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA**

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, lì 22/11/2017

Il responsabile del procedimento  
Paola Casucci

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

### **PARERE DI LEGITTIMITÀ**

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto è stato espresso:

- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

-

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto

Perugia, lì 22/11/2017

Il dirigente del Servizio  
Mobilità sanitaria, gestione del sistema  
informativo sanitario e sociale. Osservatorio  
epidemiologico regionale

Paola Casucci  
Titolare

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

### **PARERE DEL DIRETTORE**

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:

- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione, esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, lì 24/11/2017

IL DIRETTORE  
DIREZIONE REGIONALE SALUTE, WELFARE.  
ORGANIZZAZIONE E RISORSE UMANE  
- Walter Orlandi  
Titolare

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

### **PROPOSTA ASSESSORE**

L'Assessore Luca Barberini ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

**propone**

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, lì 24/11/2017

Assessore Luca Barberini  
Titolare

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

