



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
IX Legislatura

PUNTO 56 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 21/04/2015

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 567 / DGR del 21/04/2015

OGGETTO:

Dgr n. 573/2011 modello regionale di gestione diretta dei sinistri di responsabilità civile verso terzi in ambito sanitario e ospedaliero - presa d'atto degli esiti della sperimentazione condotta dall'Azienda ospedaliera di Padova - evoluzione del progetto - gestione del rischio clinico, progetto "Carmina" requisiti di autovalutazione.

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | |
|--------------------------|--------------------|----------|
| Presidente | Luca Zaia | Presente |
| Vicepresidente | Marino Zorzato | Presente |
| Assessori | Davide Bendinelli | Presente |
| | Roberto Ciambetti | Presente |
| | Luca Coletto | Presente |
| | Maurizio Conte | Presente |
| | Marialuisa Coppola | Presente |
| | Elena Donazzan | Presente |
| | Marino Finozzi | Presente |
| | Massimo Giorgetti | Presente |
| | Franco Manzato | Presente |
| | Daniele Stival | Presente |
| | Mario Caramel | Presente |
| Segretario verbalizzante | | |

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

LUCA COLETTO

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE:

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

OGGETTO: DGRV n. 573/2011 modello regionale di gestione diretta dei sinistri di responsabilità civile verso terzi in ambito sanitario e ospedaliero – presa d'atto degli esiti della sperimentazione condotta dall'Azienda Ospedaliera di Padova – evoluzione del progetto – gestione del rischio clinico, progetto “Carmina” requisiti di autovalutazione.

NOTE PER LA TRASPARENZA: con il presente atto, considerato l'esito della sperimentazione condotta nell'area padovana, vengono tracciate linee operative per il prosieguo dell'applicazione del modello sperimentale di ritenzione e gestione del rischio RCT con estensione e del medesimo nelle aree territoriali. Inoltre, per l'intensificazione dell'azione di prevenzione del contenzioso, da operarsi in sinergia con le attività di gestione del rischio clinico, vengono forniti criteri e requisiti per l'implementazione e la valutazione dell'organizzazione aziendale conforme ai principi di *risk management*.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con la deliberazione n. 573 del 10.5.2011, con la quale sono state declinate le indicazioni di cui alle all'art. 6 della L.R. n. 15/2009, la Giunta Regionale ha, tra l'altro, stabilito di:

- introdurre il nuovo modello operativo di gestione del trattamento degli eventi di danno e della relativa copertura assicurativa per le Aziende ed Enti Sanitari della Regione Veneto, mediante approvazione di apposite “Linee guida per la gestione stragiudiziale dei sinistri di RCT delle Aziende ULSS della Regione del Veneto”;
- dare incarico al Segretario regionale per la Sanità (attuale Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale) di assumere tutte le azioni necessarie e conseguenti all'approvazione delle linee guida, ivi incluse quelle relative alla procedura di gara per l'affidamento unitario del rischio correlato ai sinistri sopra la predeterminata soglia di €. 500.000,00, nonché delle eventuali coperture accessorie inerenti alla “Responsabilità Civile Operatori” e “Libera Professione intra-moenia”.

Con la deliberazione n. 1906 del 18.9.2012 la Giunta del Veneto, con decorrenza dal 1.1.2013 e scadenza al 31.12.2013, ha disposto l'avvio della sperimentazione regionale del modello di gestione diretta dei sinistri di responsabilità civile verso terzi in ambito sanitario e ospedaliero, secondo le linee guida approvate con DGRV n. 573/2011, come modificate dalla DGRV n. 1020/2011, nelle Aziende ed Enti sanitari della Provincia di Padova e nell'Azienda Ospedaliera di Padova, iniziativa successivamente estesa, con decreto del Segretario per la Sanità n. 244/2012, anche alle contigue Aziende Sanitarie n. 18 e n. 19 della Provincia di Rovigo, nonché all'Azienda Universitaria Integrata di Verona, giusta decreto segretariale n. 1/2013.

Nell'obiettivo di garantire puntuale applicazione delle “Linee guida” approvate con ricordata DGRV n. 573/2011, come modificate dalla DGRV n. 1020/2011, è stato altresì approvato, con Decreto segretariale n. 235 in data 13.11.2012, uno specifico schema tipo di Protocollo d'Intesa per l'Azienda Ospedaliera di Padova e le Aziende ed Enti periferici coinvolti nell'avvio sperimentale del nuovo modello gestionale.

I singoli protocolli di intesa sono stati poi effettivamente assunti, alla data del 27.12.2012, dalle Amministrazioni succitate, come comunicato dall'Azienda Ospedaliera di Padova alla Segreteria regionale per la Sanità – ora Area sanità e sociale - con nota acquisita al prot. n. 25828 del 16.5.2013, agli atti del procedimento.

Con il provvedimento n. 1906/2012, la Giunta, nel rafforzare per il 2013, il modello di gestione diretta dei sinistri di “RCT” in ambito sanitario ed ospedaliero, ha incaricato le Aziende coinvolte di valutare la percorribilità della rinegoziazione a termini di legge dei contratti assicurativi in essere in modo da renderli compatibili con le specifiche tecniche del modello di cui alle ridette linee guida, trattenendo in copertura i soli sinistri eccedenti l'importo di franchigia di 500.000,00 ovvero - se del caso - valutare se recedere dai contratti assicurativi in essere e provvedere mediante nuova procedura di appalto, nel rispetto delle vi-

genti disposizioni di legge, all'assunzione di nuove polizze assicurative, sempre limitatamente al rischio eccedente la soglia dei 500.000,00 euro per sinistro.

Con la successiva DGRV n. 955 del 18.5.2013 è stato disposto, tra l'altro, di incaricare il Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità (CRAS) di selezionare, a mezzo gara d'appalto, la società di brokeraggio di supporto a supporto dell'Azienda Ospedaliera di Padova nella predisposizione del capitolato di gara e dei restanti documenti componenti il procedimento per l'affidamento del servizio di copertura assicurativa della "RCT" sopra la franchigia e delle restanti coperture accessorie, nei termini di cui sopra, ad integrazione del piano relativo alle procedure di gara centralizzate a livello regionale per il biennio 2012/2013, approvato con DGRV n. 1272 in data 3.7.2012.

Tuttavia, alla luce del processo di riorganizzazione, allora in corso presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, coinvolgente anche il Dipartimento Interaziendale Acquisizione Beni e servizi ed in ragione dell'urgenza di procedere per estendere il nuovo modello a tutte le aziende sanitarie, con DGR n. 143 del 20.2.2014, sono stati affidati al CRAS i compiti precedentemente attribuiti all'Azienda patavina dalla DGR n. 955/2013 circa le procedure di acquisizione di servizi assicurativi e del servizio di *loss adjuster*, con l'impegno per le Aziende Sanitarie, Ospedaliere e gli Enti del SSR di produrre quanto di necessità per l'espletamento della gara comprensivo dei dati necessari riferiti alla sinistrosità, affinché il CRAS provveda, per loro conto, all'espletamento delle procedure di scelta del contraente per l'affidamento dei servizi di cui in premessa.

Al fine di operare una ricognizione dello stato dell'arte circa l'effettiva implementazione del modello regionale di ritenzione del rischio e per impartire indicazioni operative, in data 3.11.2014, le aziende sanitarie venivano convocate dalla Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE) per illustrare la situazione e in particolare, veniva richiesto all'Azienda Ospedaliera di Padova di relazionare in ordine all'andamento della sperimentazione in corso nell'area di riferimento; delle attività esitate seguiva verbale della seduta che, in data 24.11.2014 con nota prot. 499047, veniva partecipato alle Aziende dell'SSR.

In linea con l'impegno regionale per lo sviluppo del modello regionale di ritenzione del rischio, con DGRV n. 2525/2014 avente ad oggetto la determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende SSR veniva declinata anche l'applicazione delle metodiche organizzative aziendali per la trattazione/mitigazione del rischio da rct per responsabilità medica, iniziativa complementare alle altre in corso.

Successivamente, a conclusione delle operazioni di aggiudicazione, con decorrenza 1.1.2015 - giusta decreto della CRAS n. 10/2014, confermato dalla pronuncia del Consiglio di Stato in data 12.12.2014 sottoscritto il contratto repertoriato al n. 30590/2015 - da parte degli uffici regionali, unitamente, al broker veniva avviata una ricognizione circa la sinistrosità delle Aziende SSR ed approfondita la conoscenza delle diverse realtà, attività prodromiche alla realizzazione della gara pubblica per l'affidamento dei servizi assicurativi

Infine, con nota acquisita in atti al prot. 2342 del 19.1.2015, l'Azienda Ospedaliera di Padova, in ossequio delle prescrizioni fornite dalla CRITE, in occasione della convocazione del 3.11.2014, erano illustrate all'Area sanità e sociale i benefici e le aree di miglioramento emersi dalla sperimentazione relativamente alla gestione aziendale dei sinistri nell'anno 2014 e che di seguito, in sintesi, si rappresenta:

1. maggiore coinvolgimento di Direttori e coordinatori infermieristici delle unità operative maggiormente interessate, sia mediante richieste istruttorie che attraverso incontri programmati con l'Ufficio Sinistri e con il Servizio Rischio Clinico, per la condivisione delle migliori strategie di prevenzione e contenimento alla luce dei sinistri occorsi;
2. aumento della consapevolezza degli operatori circa la necessità di poter confidare nella completezza e correttezza documentale, sanitaria e amministrativa, anche a scopo probatorio;
3. recupero della comunicazione efficace con il cittadino/paziente e della fiducia nei confronti dell'Azienda;

567

21 APR. 2015

4. necessità di definire dei flussi di comunicazione tra UU.OO. (URP, Ufficio Sinistri, Rischio Clinico, e U.O. interessata) per una condivisione partecipata dei reclami e relativi riscontri finalizzato a contenere l'evoluzione del reclamo in sinistro;
5. valutazione circa l'opportunità di estendere la valutazione medico legale anche ad elementi e circostanze utili a rilevare eventuali profili di colpa grave nella condotta in esame, al fine di agevolare i rapporti con la Corte dei Conti in ipotesi di specifiche istanze istruttorie da parte del Giudice contabile;
6. valutazione circa l'opportunità di estendere l'incarico di valutazione medico legale sia della quota di danno specificamente connesso a cause di responsabilità medica che a cause indipendenti, al fine di individuare eventuali altri responsabili civili (INAIL, INPS) ed evitare risarcimenti non dovuti;
7. valutazione circa l'opportunità di valutare, insieme ai Direttori delle U.O. interessate e laddove possibile, in ipotesi di colpa, una procedura che consenta un risarcimento in forma specifica che possa quietanzare ogni pretesa risarcitoria sia nei confronti dell'Azienda che del personale sanitario di cui l'Azienda risponde civilmente;
8. importanza del monitoraggio delle poste a riserva.

Dall'applicazione del modello regionale si trae conferma, pertanto, circa l'accresciuto dinamismo da parte delle Aziende SSR, dell'accresciuta consapevolezza delle aree di rischio, dell'importanza della gestione del sinistro in termini amministrativi, giuridici ed economici, finalità, tra le altre, sottesa all'applicazione del nuovo modello gestionale di trattazione dei sinistri ed aspetto, quest'ultimo, che implica, al contempo, una risposta di *clinical governance* da parte delle Aziende in termini di presa in carico del soggetto leso e di efficaci interventi di *risk management*, in linea con i principi della cultura della sicurezza, quindi della prevenzione.

Proprio in merito alle implicazioni sottese al modello regionale, si deve ricordare che l'azienda è comunque chiamata a svolgere un ruolo di garanzia e tutela dei propri dipendenti; ciò si traduce nel fatto che, in ipotesi di assenza di polizza per responsabilità civile verso terzi o nei limiti di una franchigia assicurativa, l'Azienda deve rispondere civilmente per i danni arrecati a terzi dai suoi dipendenti, nell'esercizio dell'attività istituzionale (inclusa l'attività *intra-moenia*), salvo rivalersi nei casi di colpa grave, nei termini definiti dal Giudice contabile.

Ciò premesso, con il presente provvedimento si intende proporre il prosieguo dell'esperienza sopra descritta valorizzando gli aspetti che si assumono inscindibili per la corretta declinazione operativa del modello regionale, con le modalità che di seguito si descrivono:

PROSECUZIONE della SPERIMENTAZIONE. Traendo conforto dalle evidenze positive dell'applicazione del nuovo modello regionale e nelle more dell'attivazione del servizio di copertura assicurativa centralizzato per i catastrofali, nel prendere atto della continuazione dell'esperienza gestionale condotta fino ad oggi, se ne propone la prosecuzione fino alla data del 30.12.2016, con estensione del modello – a decorrere dal 1.1.2016 - all'intero territorio regionale, ripartito in aggregazioni individuate come al punto seguente.

SUDDIVISIONE TERRITORIALE. Nell'ottica di una gestione dei sinistri sempre più consapevole, proattiva e condivisa tra le Aziende e in esito all'analisi delle situazioni in essere presso le Aziende sanitarie, ospedaliere ed Enti del SSR, in ordine alle coperture assicurative, alle sinistrosità ed alle posizioni gestionali raggiunte, si propone di adeguare le aggregazioni territoriali allo scopo di ottimizzare le modalità di trattazione delle richieste di risarcimento danni.

A tal fine, le aggregazioni territoriali dovranno dotarsi di un modello organizzativo che permetta una rapida definizione del danno con modalità che – in ragione della natura e/o complessità degli eventi trattati - favoriscano una stabile e fattiva collaborazione tra le aziende aggregate, la valorizzazione delle attività dei comitati aziendali di valutazione sinistri oltre alla valorizzazione della funzione di risk manager e di ogni professionalità (medico-legale, giuridica, amministrativa) dell'Aggregazione territoriale, utile per competenza, anche alla luce della prevenzione ed il contenimento dei rischi.

Ciò premesso, si propongono le seguenti aggregazioni territoriali e l'individuazione degli uffici sinistri centrali e di coordinamento come di seguito:

Area di Padova-Rovigo

- Azienda Ospedaliera di Padova, Istituto Oncologico Veneto (IOV), ULSS 15, ULSS 16, ULSS 17, ULSS 18, ULSS 19 – Ufficio Sinistri centrale istituito presso Azienda Ospedaliera di Padova;

Area di Verona

- A.O.U.I. di Verona, USS 20, ULSS 21, ULSS 22 – Ufficio Sinistri centrale istituito presso A.O.U.I. di Verona;

Area Vicenza

- ULSS 3, ULSS 4, ULSS 5, ULSS 6 – Ufficio Sinistri centrale istituito presso l’Azienda ULSS 5;

Area Treviso

- ULSS 1, ULSS 2, ULSS 7, ULSS 8, ULSS 9 – Ufficio Sinistri centrale istituito presso l’Azienda ULSS 9;

Area Venezia

- ULSS 10, ULSS 12, ULSS 13, ULSS 14 – Ufficio Sinistri centrale istituito presso l’Azienda ULSS 12.

GESTIONE dei CONTRATTI ASSICURATIVI VIGENTI. In coerenza con le prescrizioni di cui alla seduta della CRITE del 3.11.2014, le Aziende presso le quali, in considerazione delle scadenze contrattuali restano operanti tuttora polizze senza franchigia o con franchigia ridotta rispetto a quella fissata dalle linee guida regionali, si propone di sollecitare l’adeguamento al modello gestionale con il progressivo abbandono del servizio di *loss adjuster* esterno, attivando, al contempo, la collaborazione con i broker regionali, a sostegno delle attività gestionali interne aziendali.

FONDO RISCHI e ONERI. Nell’ambito della trattazione dei sinistri, con particolare riferimento agli aspetti economico finanziari, si assume debbano essere valutate dalla Sezione programmazione risorse finanziarie SSR le modalità e valorizzazioni di quanto posto a riserva dalle aziende per far fronte alle eventuali soccombenze stragiudiziali e giudiziali, oltre alle relative spese legali, ovvero l’accantonamento per la copertura diretta dei rischi, nelle modalità indicate dalle nota prot. 17929 del 15.1.2015.

FLUSSO SIMES. Tale metodologia utilizza la base dati del “*Sistema regionale per la sicurezza del paziente*” (applicativo regionale del *software* ministeriale SIMES); al fine di rendere il database utile risulta necessario il costante aggiornamento dei dati, non solo relativamente ai casi già definiti (cd. sinistri chiusi), ma anche e soprattutto dei casi pendenti (cd. sinistri aperti) che richiedono il monitoraggio della relativa istruttoria medico-legale e del valore ad essi riservato a copertura.

Suddetto applicativo, inoltre, in adempimento della DGRV n. 1831/2008, affianca il dato relativo alla gestione amministrativo-contabile dei sinistri con elementi di analisi clinico-sanitaria volti ad agevolare l’integrazione con la gestione del rischio clinico, anche nell’ottica di prevenzione dell’evento avverso e mitigazione del contenzioso, a cura dell’Ufficio sinistri e del *risk manager* aziendali.

CLINICAL GOVERNANCE E GESTIONE RISCHIO CLINICO. Considerato che la gestione del rischio clinico resta un ambito imprescindibile di *governance* presupponente la necessità di sostituire la cultura della ricerca del “colpevole” con la cultura della formazione alla responsabilità di tutti verso la sicurezza (cd. *no blame culture*), attraverso la ricerca delle cause e delle dinamiche nascoste, si rende necessario promuovere un approccio integrato alla gestione degli eventi avversi e diffondere metodologie e strumenti di valutazione e di prevenzione del rischio in ambito sanitario.

In tal senso ed in coerenza con la *ratio* sottesa alla DGRV n. 1831/2008 e successive deliberazioni in materia di rischio clinico e sicurezza del paziente, si propone l’adozione di uno strumento per la gestione del rischio clinico volto al perseguimento del miglioramento continuo della qualità e di garanzia degli *standard* di sicu-

567

21 APR. 2015

rezza per i pazienti, nell'espletamento delle pratiche clinico-assistenziali, alla luce dei possibili rischi ad esse associati e al loro *range* di accadimento.

Condizioni perché suddetta riduzione si possa verificare sono il considerare l'errore, in tutte le sue caratterizzazioni (errore attivo, latente e di sistema), come opportunità per migliorare le proprie pratiche e soprattutto il coinvolgimento trasversale di tutta l'organizzazione, mediante una gestione integrata dei diversi livelli di rischio clinico, che comprende, a sua volta, il rischio strutturale, il rischio organizzativo ed il rischio da errore medico.

Detto approccio postula, tuttavia, la conoscenza dei fattori di rischio e delle strategie gestionali integrate in tema di qualità, di esiti delle cure, di sicurezza, di efficienza e performance del sistema, di verifica delle criticità di funzionamento dell'organizzazione.

Atteso quanto sopra, si reputa opportuno reperire uno strumento che possa rendere evidenza, sia all'interno che all'esterno delle organizzazioni sanitarie, delle attività e degli strumenti utilizzati per la valutazione, la gestione e la riduzione di detti rischi.

Si propone, pertanto, che le aziende sanitarie si misurino non solo in termini amministrativo-contabili, ma anche in termini di efficacia e sicurezza del sistema organizzativo, secondo una logica di rete diffusa, in funzione proattiva e reattiva anche attraverso il sistema di autovalutazione che di seguito si descrive.

PROGETTO CARMINA (*Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated Approach*). Ad Integrazione delle prescrizioni vigenti in tema di qualità e sicurezza del paziente finalizzate ad una omogenea presenza di *standard* minimi in ogni Azienda sanitaria, si propone l'implementazione dei contenuti del documento identificante gli *standard*, i requisiti e i criteri di autovalutazione mutuati dal Progetto CARMINA, capaci di rappresentare, misurare e monitorare le performance assistenziali, nell'ottica di una valutazione oggettiva, progetto scaricabile dal portale sanità regione del veneto (<https://salute.regione.veneto.it/web/guest/home>) e custodito in atti del Settore Affari giuridico amministrativi.

Il citato progetto, intitolato "*La gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: definizione di standard minimi per le organizzazioni sanitarie italiane*" rientra nell'area progettuale del programma di attività del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (Ccm), per l'anno 2010, approvato con decreto ministeriale 2.3.2010 e individuato nell'ambito inerente l'area "Sostegno a progetti strategici di interesse nazionale", Linea Progettuale n. 37.

Il progetto, di durata biennale, ha visto la partecipazione di diverse realtà aziendali rappresentative dei diversi contesti territoriali e organizzativi: l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine, l'Azienda Ulss 18 di Rovigo, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, l'Azienda Ulss 20 di Verona, l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa, l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari, il Policlinico Universitario "Gemelli" di Roma e l'Azienda USL 2 di Caltanissetta.

Dopo una iniziale ricerca e valutazione dello stato dell'arte a livello internazionale, nazionale, regionale e delle organizzazioni partecipanti al progetto, sono stati declinati gli *standard* minimi per la gestione del rischio clinico a livello di singola organizzazione, nonché proposto un sistema di indicatori che consente il monitoraggio delle performance rispetto agli standard adottati, anche in conformità alle differenze esistenti tra le regioni e le tipologie di azienda selezionate.

Pertanto, in esito alle evidenze riportate dal citato progetto e in un'ottica di condivisione di un approccio sistematico di gestione del rischio clinico, si propone l'adozione della metodologia descritta per meglio conoscere il livello di sicurezza - di efficacia, di efficienza e di appropriatezza - delle Aziende sanitarie SSR rendendo visibile, in termini oggettivi e misurabili, il modo in cui l'organizzazione adotta strategie di prevenzione e gestione dei rischi nei diversi processi clinici e assistenziali, ossia in tutte le pratiche e attività di diagnosi, terapia, riabilitazione, prevenzione, educazione del paziente, nelle strutture ospedaliere e nel territorio.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

VISTO il D.Lgs. 12.4.2006, n. 163 e ss.mm.ii.;

VISTA la L.R. 10.1.1997, n. 1;

VISTA la L.R. 10.6.1991, n. 12;

VISTA la DGRV n. 573/2011, come modificata dalla DGRV n. 1020/2011;

VISTA la DGRV n. 1290 del 3.8.2011;

VISTA la DGRV n. 1272 del 3.7.2012;

VISTA la DGRV n. 1512 del 31.7.2012;

VISTA la DGRV n.1906 del 18.9.2012;

VISTA la DGRV n.955 del 18.6.2013;

VISTA la DGRV n. 2525 del 23.12.2014;

VISTO il Decreto del CRAS n. 10 del 1.2.2014;

VISTO l'art. 2, comma 2, lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

DELIBERA

1. di prendere atto della prosecuzione della sperimentazione del modello regionale di gestione diretta dei sinistri di responsabilità civile verso terzi in ambito sanitario e ospedaliero e degli esiti prodotti dall'ente capofila individuata con DGRV n. 1906/2012, l'Azienda Ospedaliera di Padova, di cui alla relazione acquisita al prot. 2342 del 19.1.2015 e custodita in atti del Settore affari giuridico amministrativi;
2. di proseguire la fase sperimentale del modello regionale di cui al punto che precede fino alla data del 31.12.2016, disponendo la ridefinizione delle aggregazioni territoriali e l'individuazione degli uffici sinistri per l'avvio, nel territorio regionale, della gestione dei sinistri in conformità alle prescrizioni come meglio specificate in premessa e qui da ritenersi integralmente trasfuse:

Area di Padova-Rovigo

- Azienda Ospedaliera di Padova, Istituto Oncologico Veneto (IOV), ULSS 15, ULSS 16, ULSS 17, ULSS 18, ULSS 19 – Ufficio Sinistri centrale istituito presso Azienda Ospedaliera di Padova;

Area di Verona

- A.O.U.I. di Verona, USS 20, ULSS 21, ULSS 22 – Ufficio Sinistri centrale istituito presso A.O.U.I. di Verona;

Area Vicenza

- ULSS 3, ULSS 4, ULSS 5, ULSS 6 – Ufficio Sinistri centrale istituito presso l'Azienda ULSS 5;

Area Treviso

- ULSS 1, ULSS 2, ULSS 7, ULSS 8, ULSS 9, – Ufficio Sinistri centrale istituito presso l'Azienda ULSS 9;

567

21 APR. 2015

Area Venezia

- ULSS 10, ULSS 12, ULSS 13, ULSS 14 – Ufficio Sinistri centrale istituito presso l’Azienda ULSS 12.
3. di stabilire, per gli effetti di cui al punto 2 ed in coerenza con le direttive espresse nella seduta della CRITE, giusta nota prot. n. 499047 del 24.11.2014, che tutte le Aziende Sanitarie del SSR provvedano:
 - a. alla costituzione, per area aggregata, di un Ufficio sinistri centrale dotato di professionalità medico-legale e tecnico-giuridica, per la trattazione dei sinistri ed il coordinamento delle attività dei comitati aziendali valutazione sinistri;
 - b. all’adozione di accordi con le Aziende dell’area di aggregazione per gli adempimenti di cui al punto che precede;
 - c. al progressivo recesso dai rapporti contrattuali in essere di consulenza con *loss adjuster*;
 - d. alla formalizzazione e all’adozione di procedure aziendali - condivise – per l’analisi degli eventi avversi e l’adozione delle conseguenti azioni o provvedimenti per la mitigazione del rischio clinico;
 - e. al costante aggiornamento dei dati sulla sinistrosità aziendale nel gestionale regionale per la sicurezza del paziente (*software* ministeriale Simes).
 4. di stabilire, per il miglioramento del livello di sicurezza di pazienti ed operatori nell’organizzazione sanitaria regionale, l’adozione da parte delle Aziende SSR dei criteri di autovalutazione di cui al Progetto Carmina, (*Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated Approach*) documento scaricabile dal portale Sanità regione del Veneto (<https://salute.regione.veneto.it/web/guest/home>);
 5. di affidare l’incarico al Settore affari giuridico amministrativi di sovrintendere agli adempimenti di cui al punto 3) e unitamente al Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l’appropriatezza, le liste d’attesa e la sicurezza del paziente, di provvedere all’implementazione ed al monitoraggio dell’applicazione del Progetto Carmina, di cui al punto 4);
 6. di dare atto che la presente deliberazione non comporta ulteriore spesa a carico del bilancio della Regione Veneto;
 7. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

IL SEGRETARIO
F.to Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE
F.to Dott. Luca Zaia



567

21 APR. 2015

