

**Riunione del:**

11 maggio 2017 dalle ore 14.30 alle 17.45 presso Sala riunioni Ospedale San Paolo – Savona

**Presenti**

Dr. Eugenio Porfido	Direttore generale	Presidente
Dr.ssa Piazza Antonella	Direttore Sanitario	
Dr. Salvatore Giuffrida	Direttore Amministrativo	
Dr.ssa Tulimiero Lucia	Direttore	Presidio Osp. Savona – Cairo
Dr.ssa Auteri M. Enrica	Direttore	S.C. Prof. Sanitarie e Ass. Sociale
Dr.ssa Boccia M. Beatrice	Direttore	Dip. Risorse umane e Relazioni esterne
Ing. Branchetti Cesare	Direttore	Dip. Tecnologico
Dr. Bertolotto Marco	Direttore	Dip. Riabilitazione
Dr. Giberti Claudio	Direttore	Dip. Chirurgie
Dr. Mereu Carlo	Direttore	Dip. Specialità Mediche
Dr. Modenesi Maurizio	Direttore	Dip. Cure Primarie ed attività distrettuali
Dr. Peirano Marino	Direttore	Dip. Testa Collo
Dr. Padolecchia Riccardo	Direttore	Dip. Immagini
Dr. Parodi Lionello	Direttore di S.C.	Sostituto dr. Tassara Direttore Dip. Medicina
Dr. Tomasini Andrea	Direttore	Dip. Patologia clinica
Dr. Brusa Adriana	Direttore	Distretto Finalese
Dr. Calderino Emilia	Direttore	Distretto delle Bormide
Dr. Dessì Dino	Direttore	Distretto Albenganese
Dr. Genta Giorgio	Direttore	Distretto Savonese
Dr.ssa Bedo Marinella	Direttore	Area Farmaceutica
Dr. Giorgio Burastero	Direttore S.C.	Sostituto Dr. Lanza Francesco Direttore Dip. Ortopedia
Dott. Giorgio Fusetti		Rappresentante sindacati medici convenzionai territoriali
Dott. Tersidio Angelo		Rappresentante sindacati medici convenzionai territoriali

**Sono altresì presenti**

Dott. Brunetto Brunello	Direttore	S.C. Anestesia e rianimazione SV
Avv. Antonio Pipicelli	Direttore	S.C. Affari legali
Dr.ssa Paola Cogno	componente	S.C. Affari legali
Dott. Elio Garbarino	Direttore f.f.	S.C. Governo clinico e Risk management
Dr.ssa Anna Apicella	componente	S.C. Governo clinico e Risk management

Alcuni componenti del Team di progetto relativamente all'adeguamento del sistema qualità.

**Assenti giustificati:**

Dr. Garra Luca	Direttore	Presidio Osp. Pietra L. – Albenga
Dr. Mazzone Antonello	Direttore	Dip. Economico – Finanziario
Dr.ssa Briata M. Paola	Direttore	Dip. Prevenzione
Dr. Cohen Amnon	Direttore	Dip. Materno Infantile
Dr. Lanza Francesco	Direttore sostituito	Dip. Ortopedia
Dr. Tassara Rodolfo	Direttore sostituito	Dip. Medicina
Dr. Valenti Carlo	Direttore	Dip. di Salute mentale
Dott. Roberto Carozzino	Direttore	S.C. SERT



**Argomenti trattati:**

- Adeguamento del sistema per la qualità nelle more ISO 9001/2015 come strumento di gestione aziendale
- Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

**Informative**

Argomento	Discussione
<b>Bilancio 2016</b>	Il Direttore generale informa che il Bilancio d'esercizio anno 2016 è stato chiuso in pareggio.

**Verbale**

Argomento	Discussione	Conclusioni
<b>Adeguamento del sistema per la qualità nelle more ISO 9001/2015 come strumento di gestione aziendale</b>	<p>Il dr. Garbarino illustra nel dettaglio le slide (allegato 1 al presente verbale) al fine di informare circa l'adeguamento del sistema di qualità, inteso quale strumento di gestione aziendale.</p> <p>Obiettivo arrivare ad una gestione, dei processi principali e di supporto sia sanitari che amministrativi, estesa a tutte le strutture dell'azienda.</p> <p>Per la realizzazione di tale progetto ci si avvarrà della collaborazione di un team, costituito da diverse figure professionali scelte all'interno dell'azienda, che farà da trade-union con le strutture aziendali affinché si arrivi alla realizzazione del progetto stesso, è inoltre previsto un evento formativo nel mese di giugno rivolto alle Strutture certificate ed amministrative non certificate per lo sviluppo dei manuali operativi e due eventi formativi nel mese di settembre ed ottobre per lo sviluppo dei relativi processi e del manuale di Dipartimento (solo per le Strutture amministrative) in coerenza con gli obiettivi di budget.</p> <p>Trattandosi di gestione strategica a livello aziendale, il Collegio di direzione è individuato quale organo promotore del progetto negli ambiti di competenza.</p> <p>Si precisa che il miglioramento attraverso il percorso di certificazione ISO, non assolve dalla propria responsabilità.</p>	Il Collegio prende atto.

Collegio di Direzione

<p><b>Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"</b></p>	<p>L'Avv. Pipicelli informa che la nuova legge, in oggetto, ha come obiettivo quello di ridurre il contenzioso civile e penale, avente ad oggetto la responsabilità medica, al tempo stesso garantendo un più efficace sistema risarcitorio nei confronti del paziente. Agisce su tre fronti, amministrativo, penale e civile.</p> <p>Passa quindi la parola alla dr.ssa Cogno che illustra nel dettaglio le novità apportate dalla norma. Vedasi allegato 2 al presente verbale.</p> <p>Si informa che la Direzione ha organizzato due seminari sul tema, venerdì 16 giugno nel presidio di Savona e venerdì 21 giugno nel presidio di Pietra Ligure.</p> <p>Detti incontri sono rivolti ai Direttori di Struttura complessa, i dirigenti medici referenti qualità/accreditamento/rischio clinico, coordinatori di dipartimento e dello staff della Direzione Sanitaria aziendale.</p>	<p>Il Collegio prende atto.</p>
--	---	---------------------------------

Punti risolti

Punto	Risoluzione	Note
<p><b>Richieste di patrocinio</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lions Club richiesta di PATROCINIO e LOGO iniziativa di sensibilizzazione della popolazione sulla vaccinazione 18 maggio 2017 – Spotorno</li> <li>- Associazione Cres.i Onlus richiesta LOGO Settimana dell'infanzia XI edizione – eventi dedicati ai bambini ed alle loro famiglie Dal 21 al 28 maggio 2017 – Savona</li> <li>- Coni Point Savona richiesta di PATROCINIO e LOGO manifestazione "Sport e solidarietà ricaduta su gli aspetti socio sanitari" 18 maggio 2017 Savona</li> <li>- Dr. Polvicino direttore S.C. Oculistica Asl 2 Richiesta LOGO aziendale In relazione alla partecipazione di una ortottista nostra dipendente al congresso nazionale della</li> </ul>	<p>Il Collegio esprime parere favorevole alle richieste di patrocinio a fianco indicate</p>

	<p>associazione (AIOrAO) si richiede che nella sua presentazione si possa utilizzare il LOGO dell'Asl poiché tale intervento racchiude la descrizione dell'attività ambulatoriale eseguita dalla S.C. di Oculistica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dott. Luca Berardi – resp.le Centro Trauma di alta specializzazione – IRCCS AOU San Martino IST - Genova_richiesta di PATROCINIO e LOGO “TRAUMA UPDATE” aggiornamento nella gestione del trauma 29 maggio 2017 – Santa Margherita Ligure</li> </ul>	
<p>Valutazione delibere</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assunzione a tempo indeterminato di dirigente medico disciplina cardiologia.</li> <li>- Assunzione a tempo indeterminato di tre dirigenti medici, a rapporto di lavoro esclusivo, disciplina medicina interna da graduatoria di altra azienda.</li> <li>- Assunzione a tempo determinato di un dirigente medico, disciplina anatomia patologica.</li> <li>- Assunzione a tempo indeterminato di tre dirigenti medici, disciplina pediatria da graduatoria di altra azienda.</li> <li>- Assenso al trasferimento presso altra azienda di dirigente medico disciplina ortopedia e traumatologia.</li> <li>- Avviso di mobilità regionale interregionale compartimentale ed intercompartimentale per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato di due posti di dirigente medico disciplina anestesia e rianimazione. Presa d'atto dei lavori della Commissione di valutazione e provvedimenti conseguenti.</li> </ul>	<p>Il Collegio esprime parere favorevole all'adozione delle delibere a lato indicate.</p>

Collegio di Direzione

<b>Nomina Commissione Concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 25 posti di coll. Prof.le san. – infermiere cat. D – con rapporto di lavoro a tempo pieno, indetto con delib. N. 142/2017</b>	Componente designato dal Collegio: Titolare: Rudasso Franca Sostituto: Monzani Nicoletta	
--	--	--

Allegati:

- All. "1" Adeguamento del sistema per la qualità nelle more ISO 9001/2015 come strumento di gestione aziendale
- All. "2" Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

Responsabile del Procedimento: Gabriella De Stefani



## Il Progetto

- Approvato con Delibera n° 106 del 24/02/17

**Adeguamento del sistema per la qualità alla norma ISO 9001 (2015) come strumento di gestione aziendale**



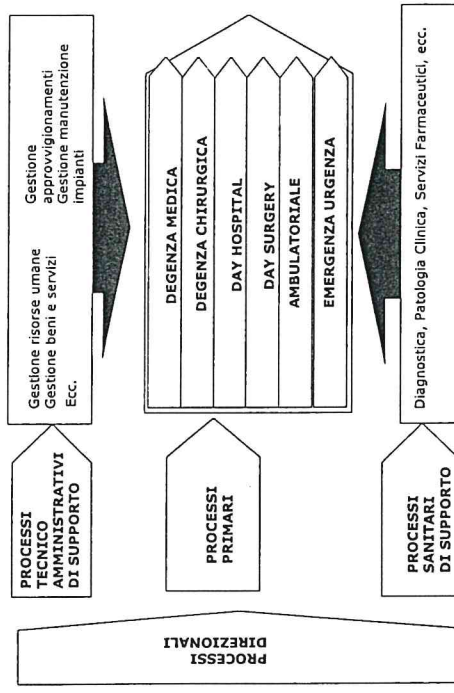
**CONDIVISIONE DEI PRINCIPI E DEL PROGETTO CON**

**IL COLLEGIO DI DIREZIONE**

**11 maggio 2017**

**Strumento di governance dell'organizzazione aziendale**

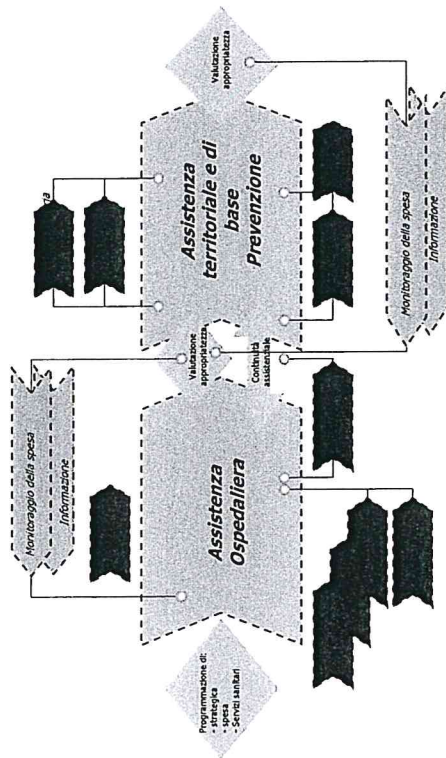
- Estensione a tutta l'Azienda (da 38 strutture a 104)



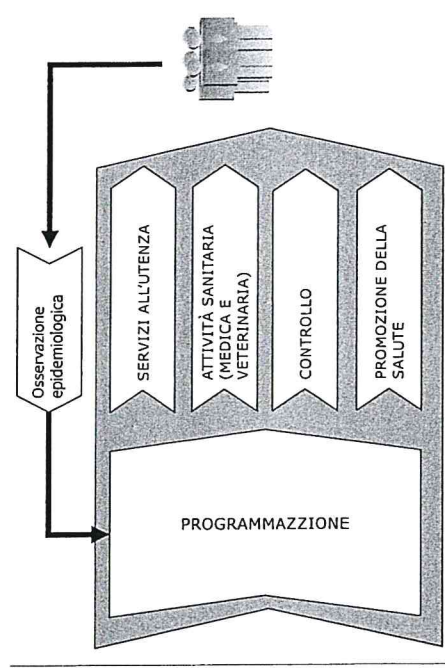
**1 L'architettura del sistema per la sua estensione e sostenibilità**

- 2 Lo start up di progetto: organizzazione, pianificazione e rendicontazione
- 3 I prossimi passi

Nell'ambito di una ASL la mappatura dei processi deve essere estesa all'area territoriale: es. di mappatura del processo dell'assistenza farmaceutica

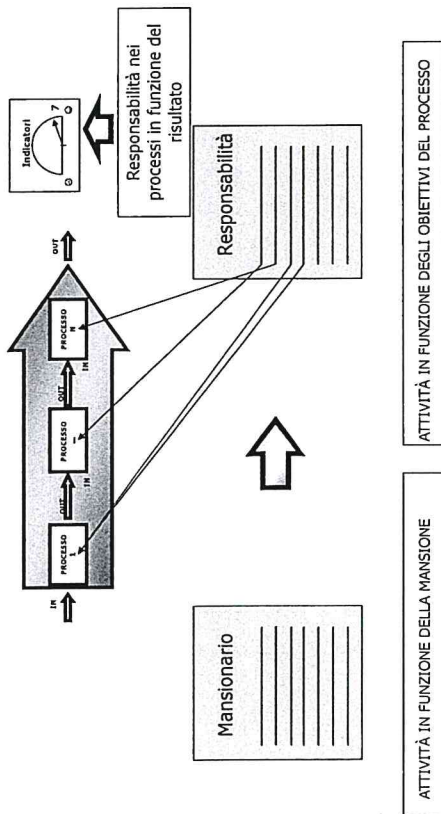


Nell'ambito di una ASL la mappatura dei processi deve essere estesa all'area territoriale: es. di mappatura dei processi dei Dipartimenti di Prevenzione



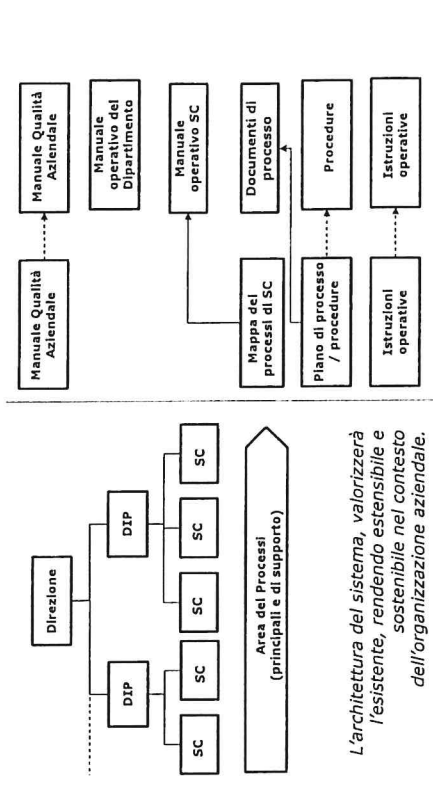
I ruoli e le responsabilità collegati anche alla finalità dei processi

Da visione della mansione alle responsabilità nell'ottica dei risultati



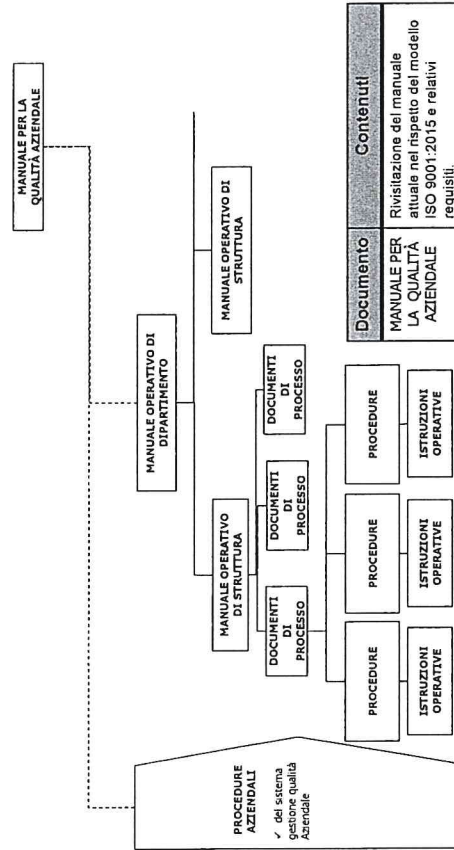
L'architettura del sistema: ieri e oggi

L'organizzazione aziendale e la schematizzazione della documentazione esistente e quella realizzata come premessa per l'estensione a livello dell'ASL 2 Savonese.



L'architettura del sistema, valorizzerà l'esistente, rendendo estensibile e sostenibile nel contesto dell'organizzazione aziendale.

## Architettura del sistema aziendale



Nota: da collocare nell'architettura del sistema le procedure dei PO e le altre «trasversali/comuni alle SC/SSD».

9

## Architettura del sistema aziendale

Documento	Contenuti
Manuale operativo del Dipartimento	Mission ed organigramma del Dipartimento, elenco dei processi del dipartimento ed elementi distintivi dei processi, meccanismi di funzionamento del Dipartimento.
Manuale operativo di struttura	Mission ed organigramma/funzioneigramma delle SC/SSD, elenco dei processi della SC/SSD, input/processi a monte - output e processi a valle Nota: in un allegato un organigramma/funzioneigramma con riferimenti nominativi. Le aree di responsabilità sono riferite nelle job (in corso di stesura)
Documenti di gestione del processo (*)	Partendo dagli elementi distintivi (comprese le esigenze delle parti interessate) sono riferite: le fasi, le attività (in modo macro) e le relative responsabilità, il richiamo a note di dettaglio, il riplotto della documentazione già oggi in uso correlata al processo ed alla sue fasi, le registrazioni per la qualità; i profili di competenza delle funzioni che operano nel processo (nel rispetto delle job in fase di stesura), l'elenco delle apparecchiature utilizzate, gli indicatori del processo.
Procedure	Sono le attuali procedure ed altre ritenute da redigere che descrivono specifiche modalità di condurre specifiche fasi del processo di riferimento o il processo nel suo complesso per specifiche tipologie di prestazione
Istruzioni Operative	Sono le attuali IO ed altre ritenute da redigere che riferiscono attività dei dettagli di specifiche/puntuale attività di una fase del processo.

Lo sviluppo della documentazione sarà oggetto di un programma formativo 2017.

10

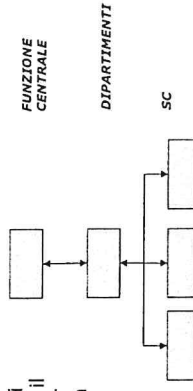
1 L'architettura del sistema per la sua estensione e sostenibilità

2 **Lo start up di progetto: organizzazione, pianificazione e rendicontazione**

3 I prossimi passi

**Alcune considerazioni preliminari**

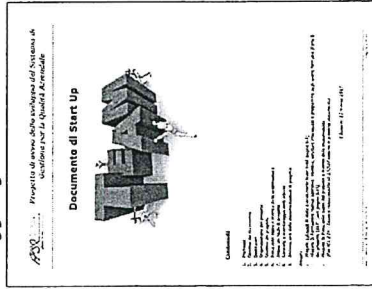
Per il consolidamento del sistema di gestione per la qualità in essere ed il suo adeguamento, ed ancor più per l'estensione a livello aziendale sarà fondamentale lo sviluppo e consolidamento un'organizzazione aziendale in merito.



È stato anche costituito un gruppo di progetto, al fine di facilitare l'implementazione del sistema nell'ambito dell'organizzazione aziendale, per la diffusione della cultura e degli strumenti operativi che saranno adottati.

## La governance del progetto

Per lo sviluppo del sistema è redatto un documento di «Start up di progetto» che descrive l'organizzazione di progetto, le modalità di sviluppo e del relativo monitoraggio al fine di presidiare gli obiettivi del progetto ed il loro raggiungimento definendo compiti/responsabilità e tempi.



### Indice:

1. Premessa
2. Obiettivi del documento
3. Destinatari
4. Organizzazione del progetto
5. Obiettivi del progetto
6. Piano delle tappe e matrice delle responsabilità
7. Analisi dei rischi di progetto
8. Controllo e monitoraggio delle attività
9. Archiviazione della documentazione di progetto

### Allegati:

- Report di stato avanzamento lavori
- Piano delle tappe del progetto e matrice delle responsabilità

## L'organizzazione di progetto e ruoli

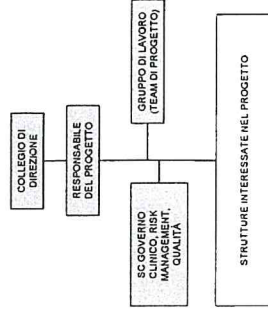
**Collegio di Direzione:** è il committente del progetto e nell'ambito dei diversi momenti istituzionali aziendali dà evidenza che l'adozione di un sistema di gestione per la qualità è una decisione strategica che può aiutare a migliorare le prestazioni ed i servizi e costituire una solida base per iniziative di sviluppo sostenibile.

**Responsabile del progetto:** presidia lo svolgimento delle attività di progetto, il rispetto dei tempi e degli output attesi, evidenziando le eventuali criticità e identificandone le soluzioni, con le parti interessate, da proporre alla Direzione Strategica.

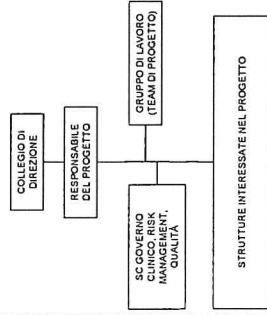
**Governo clinico, risk management, qualità:** supporta l'organizzazione di progetto, con le proprie competenze e quelle derivanti dalla formazione sul campo e tecnica operativa prevista nel progetto, nello sviluppo delle attività pianificate, nel rispetto degli output definiti e dei relativi tempi.

**Gruppo di lavoro (team di progetto):** i suoi componenti costituiscono la rete di avvio per lo sviluppo del sistema aziendale e, attraverso le fasi formative del progetto, hanno la funzione di facilitatori per la conduzione delle attività previste con il coinvolgimento del personale delle SC.

*(Nota: sono anche componenti del gruppo Referent Quality, Rischio Clinico e Accredimento per le SC /SSD di pertinenza)*



## L'organizzazione di progetto e ruoli



**Strutture interessate nel progetto: le SC/SSD sono rappresentate da:**

- ✓ **I Direttori di SC/SSD**, I Direttori di SC/SSD, nel loro ruolo hanno il compito di sostenere lo sviluppo ed il mantenimento del sistema come parte integrante dell'attività clinico assistenziale.
- ✓ **I referenti Qualità, Rischio Clinico e Accreditamento** (Dirigenza e Comparto Sanitario, Tecnico ed Amministrativo specifico della SC interessata);
- ✓ **Il personale delle SC/SSD** interessato nell'applicazione pratica delle attività clinico assistenziale e tecnico/amministrative dei processi oggetto del sistema.
- ✓ **Gli «owner» dei processi**: ruoli identificati per la governance dei processi mappati nel sistema a supporto della Direzione di Struttura.

## I referenti Qualità, Rischio Clinico e Accreditamento

Are di responsabilità :

1. Presidiare a supporto della Direzione della struttura, lo sviluppo dell'approccio e della gestione dei processi
2. Presidiare la raccolta e l'analisi dei dati, in merito agli indicatori dei processi, al fine del miglioramento delle prestazioni e dei servizi
3. Assicurare l'attuazione delle azioni correttive e di miglioramento
4. Attuare interventi tra il personale nella diffusione e applicazione del S.Qualità/accreditamento e degli strumenti della gestione del rischio

## I referenti Qualità, Rischio Clinico e Accredimento

### Arece di responsabilità :

5. Sensibilizzare il personale alla segnalazione dei quasi eventi/eventi avversi ed applicare, con il coinvolgimento del personale interessato gli strumenti di analisi e gestione dei quasi eventi/eventi avversi e sviluppare i relativi piani correttivi e/o di miglioramento
6. Promuovere tra i colleghi ed i collaboratori la sensibilità verso i temi della Qualità delle cure con particolare riguardo alla centralità della persona e alla sicurezza delle prestazioni
7. Curare la redazione e l'aggiornamento dei documenti per la qualità/accredimento/rischio della Struttura, la distribuzione e l'archiviazione
8. Rilevare i bisogni formativi del personale in riferimento allo sviluppo delle conoscenze finalizzate al miglioramento dei processi clinici/assistenziali /processi amministrativi e per la promozione e gestione della sicurezza delle cure

17

### Gli obiettivi del progetto e gli output attesi (Parte A) deliberata

OBIETTIVO	AREE DI MISURA DELL'OBIETTIVO	INDICATORE
<input type="checkbox"/> Aggiornare l'architettura del sistema di gestione per la qualità ISO 9001:2015 rendendola sostenibile nell'implementazione del sistema a livello dell'ASL 2 Savonese e aggiornare/revisionare le procedure di sistema (gestione documenti, non conformità, azioni correttive/preventive ed audit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Architettura del sistema e relative procedure revisionate</li> <li>• Mappatura della documentazione esistente qualità e accreditamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Architettura del sistema approvata</li> <li>• Procedure (di sistema) revisionate e diffuse</li> <li>• Mappatura documenti qualità e accreditamento</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Sviluppare la formalizzazione dell'analisi del contesto e le condizioni per il deployment degli obiettivi del sistema coerentemente con tali elementi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi del contesto formalizzata (nel rispetto della documentazione aziendale esistente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi del contesto come input per il riesame</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Pianificare e condurre l'audit sul Sistema di Gestione per la Qualità che sarà sviluppato, secondo tecniche di campionamento tra le SC inserite nel Sistema, entro ottobre 2017.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programma e piani di audit</li> <li>• Rapporti di audit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapporto di audit e relativa presentazione</li> </ul>

18

Gli obiettivi del progetto e gli output attesi (Parte B) in fase di deliberazione

OBIETTIVO	AREE DI MISURA DELL'OBIETTIVO	INDICATORE
<input type="checkbox"/> Sviluppo dei Manuali Operativi delle Strutture Certificate (e non per le 8 dell'area amministrativa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redazione dei 38 dei Manuali Operativi delle Strutture Certificate (Meno 3 del DP e più 8 dell'area amministrativa - Totale 43 Strutture)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuali Operativi delle SC oggi inserite nel Sistema approvati e diffusi</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Sviluppo di un Manuale di Dipartimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redazione del Manuale del Dipartimento Amministrativo formalizzato (nel quale vi sono 8 SC nuove e 2 SC già certificate)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuale del Dipartimento Amministrativo approvato e diffuso</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Sviluppo della gestione per processi nell'ambito delle SC inserite nelle Strutture di Gestione per la Qualità	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documenti di processo formalizzati (uno per SC) secondo il programma formativo definito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documenti di processo approvati e diffusi</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Aggiornamento secondo la struttura della ISO 9001:2015 del Manuale per la Qualità dell'ASL2 Savonese	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuale Qualità dell'ASL2 aggiornato secondo la struttura della ISO 9001:2015</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuale Qualità dell'ASL2 approvato e diffuso</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Aggiornamento del riesame secondo le indicazioni della norma ISO 9001:2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riesami del sistema impostati e per il loro completamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riesami formalizzati (secondo le regole definite)</li> </ul>

Le aree di attenzione

Considerazioni di rischio	A/M/B	Commenti
1. PROJECT MANAGEMENT	/	Mantenere la sponsorship del progetto da parte del Collegio di Direzione
1.1 Coinvolgimento del personale	A	Inserire nella descrizione dei processi alcuni standard ritenuti utili/prioritari derivanti dagli standard Joint Commission al fine di integrare il sistema nella prassi clinico assistenziale
1.2 Gestione del cambiamento	A	Valorizzare la documentazione esistente nell'organizzazione aziendale prodotta negli anni (per i diversi scopi, qualità, accreditamento, rischio) contestualizzandola nell'ottica della gestione per processi
1.3 Sviluppo del progetto	A/M	Presentare sempre a tutto il personale coinvolto le finalità del progetto ed i vantaggi derivanti da parte di tutti
2. PROJECT STAFFING	/	Ottenere, da parte dei Responsabili di S.C./SSD, il pieno consenso e la valutazione del tempo che sarà necessario (secondo quanto pianificato) per sviluppare le diverse attività
2.1 Risorse	A	Per lo sviluppo ed il mantenimento del SQO occorre consolidare la conoscenza normativa organizzativa nell'ambito della SC governo clinico, risk management, qualità.
2.2 Supervisione	M	Le risorse del team di progetto, devono essere coinvolte nelle diverse attività e non sempre in modo plenario
	M	Il Responsabile del progetto deve essere supportato nelle attività di supervisione e controllo del progetto

Legenda: A = Alto impedisce il raggiungimento degli obiettivi del progetto; M = Medio ritarda il raggiungimento degli obiettivi del progetto o la loro completa realizzazione; B = Basso non influisce sul raggiungimento degli obiettivi e/o sui tempi di realizzazione.

Standard Joint Commission al fine di integrare il sistema nella prassi clinico assistenziale : alcuni esempi

AREA : OBIETTIVI INTERNAZIONALI	Standard OB1	Domanda:  L'Ospedale dispone di documenti approvati del processo di identificazione paziente redatti da un team multiprofessionale che prevede che il paziente sia identificato in ogni sede e situazione con almeno 2 identificativi esclusi il numero di reparto, camera e letto
IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE		
Punteggio ...		
		21

Standard Joint Commission al fine di integrare il sistema nella prassi clinico assistenziale : alcuni esempi

Area OBIETTIVI INTERNAZIONALI per la sicurezza del paziente	Standard CHIRURGIA SICURA OBI 4	Domanda : La marcatura del sito chirurgico avviene negli interventi previsti dalle procedure dell'ospedale mediante un segno standardizzato e riconoscibile e con il coinvolgimento del paziente
--	---------------------------------------	---





**I prossimi passi : OBIETTIVO DI BUDGET (X 43 STRUTTURE)**

Lo sviluppo della documentazione sarà oggetto di un programma formativo 2017.

Documento	STEP FORMATIVI	
Manuale operativo del Dipartimento		TERZO STEP
Manuale operativo di struttura	PRIMO STEP	
Documenti di gestione del processo		SECONDO STEP

**I prossimi passi: la formazione per lo sviluppo dei manuali operativi**

Documenti	STEP FORMATIVI	
Manuale operativo del Dipartimento		TERZO STEP
Manuale operativo di struttura	PRIMO STEP	
Documenti di gestione del processo		SECONDO STEP

**Obiettivi del corso**

Gli obiettivi sono rappresentati da:

- Presentare le modalità di rappresentazione delle strutture organizzative e svilupparne l'applicazione attraverso la stesura/rivisitazione di un manuale organizzativo di SC/SSD comprendente: Mission ed organigramma delle SC/SSD, Mappatura dei processi della SC/SSD (la mappatura permetterà la correlazione con la documentazione redatta). Organigramma della SC/SSD e riepilogo delle responsabilità per le diverse funzioni.

**Descrizione del corso:** Il corso è articolato in 8 ore di formazione distribuite su 2 moduli di 4 ore ciascuno (ogni SS/SSD completa le eventuali attività a seguito degli incontri d'aula). Considerando la numerosità dei destinatari saranno erogate 8 edizioni.

**Destinatari:** Direttore della SC/SSD o suo sostituto ed i referenti qualità/rischio e accreditamento (partecipanti per edizione massimo 20-25).

**Metodologia didattica:** presentazione degli argomenti previsti, presentazione di casi di studio, sviluppo dei lavori di gruppo.

I prossimi passi: la formazione per lo sviluppo dei manuali operativi

Programma

1° modulo 4 ore

La mission della Struttura (correlata al contesto), l'organigramma e responsabilità (riferimento alle job description)  
Lavoro di gruppo: Sviluppo del manuale organizzativo di Struttura  
Presentazione lavori di gruppo

2° modulo 4 ore

La mappatura dei processi, i loro elementi distintivi e la correlazione con la documentazione ad oggi redatta  
Lavoro di gruppo: Sviluppo della mappatura dei processi gli elementi distintivi e correlazione con i documenti  
Presentazione lavori di gruppo.

I prossimi passi: la formazione per lo sviluppo dei manuali operativi

Edizione 0 – 5 giugno mattina e 12 giugno pomeriggio sede Pietra Ligure  
Totale partecipanti previsti: 24 – Tutor del gruppo d'aula (Nadia Guisa e Gabriella Bensa)

Dipartimento	N° Strutture Certificate	Sede
<b>PATOLOGIA CLINICA</b>	SC Laboratorio Patologia Clinica	Savona, Pietra Ligure e Cairo
	SC Immunoelettrologia e Trasmittente	Savona e Pietra Ligure
	SC Anatomia Patologica	Savona e Pietra Ligure
	SSD Biologia Molecolare	Pietra Ligure
	SSD Microbiologia	Pietra Ligure

**I prossimi passi: la formazione per lo sviluppo dei manuali operativi**

**Edizione 1 - 5 giugno pomeriggio e 12 giugno mattina sede Pietra Ligure**  
**Totale partecipanti previsti: 25 - Tutor del gruppo d'aula (Cinzia Cassiano) -**  
**altro nominativo riferito per la pratica ECM - Monica Lavagna.**

Dipartimento	N° Strutture Certificate	Sede
<b>RIABILITAZIONE</b>	SC Recupero e Riabilitazione Funzionale RRF	Pietra Ligure
	SC Terapia del Dolore e Cure Palliative	Pietra Ligure
	SC Unità Spinale Unipolare	Pietra Ligure
	SSD Rieducazione Funzionale	Savona
	SSD Rieducazione Funzionale	Cairo Montenotte
	SSD Rieducazione Funzionale	Albenga

**I prossimi passi: la formazione per lo sviluppo dei manuali operativi**

**Edizione 2 - 6 giugno mattina e 13 giugno pomeriggio sede Pietra Ligure**  
**Totale partecipanti previsti: 25 - Tutor del gruppo d'aula (Monica Lavagna) - altro**  
**nominativo riferito per la pratica ECM - Gabriella Bensa)**

Dipartimento	N° Strutture Certificate	Sede
<b>DIAGNOSTICA PER MMAGINI</b>	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Pietra Ligure - Albenga
	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Savona - Cairo
	SC Neuroradiologia Diagnostica ed Interventistica	Pietra Ligure
	SC Radioterapia	Savona
	SC Medicina Nucleare	Pietra Ligure
	SSD Fisica Sanitaria (Processo radioprotezione)	Pietra Ligure - Savona

I prossimi passi: la formazione per lo sviluppo dei manuali operativi

**Edizione 3** - 6 giugno pomeriggio e 13 giugno mattina sede Pietra Ligure  
 Totale partecipanti previsti: 27 - Tutor del gruppo d'aula (Silvia Zecca e Grazia Guido)

Dipartimento	N° Strutture Certificate	Sede
<b>MATERN INFANTILE</b>	SC Pediatria e Neonatologia	Savona e Pietra Ligure
	SC Ostetricia e Ginecologia	Savona e Pietra Ligure
<b>EMERGENZA</b>	SC Anestesia e Rianimazione	Savona e Cairo
	SC.118	Savona
	SSD Emergenze Intraospedaliere	Savona
<b>CHIRURGIE</b>	SC Day Surgery	Savona, Cairo, Albenga
	Multidisciplinare	

I prossimi passi: la formazione per lo sviluppo dei manuali operativi

**Edizione 4** - 7 giugno mattina e 14 giugno pomeriggio sede Savona  
 Totale partecipanti previsti: 25 - Tutor del gruppo d'aula (Roberta Rapetti e Patrizia Rustighi),

Dipartimento	N° Strutture Certificate	Sede
<b>MEDICINA</b>	SC Medicina Interna 1 ed Ematologia	Savona
	SC Medicina Interna 2 e Cure Intermedie	Savona
	SC Medicina Interna e Lungo Degenza post acuzie	Cairo Montenotte
<b>SPECIALITA ' MEDICHE</b>	SC Nefrologia e Dialisi	Savona
	SC Neurologia	Savona

I prossimi passi: la formazione per lo sviluppo dei manuali operativi

**Edizione 5** – 7 giugno pomeriggio e 14 giugno mattina sede Savona  
 Totale partecipanti previsti: 21 - Tutor del gruppo d'aula (Anna Apicella e Marialisa Marconi).

Dipartimento	N° Strutture Certificate	Sede
<b>GIURIDICO, RISORSE UMANE E RELAZIONI ESTERNE</b>	SC Affari Generali	Savona
	SC Affari Legali	Savona
	SC Organizzazione, gestione e formazione del personale	Savona
<b>STAFF DIR. SANITARIA</b>	SC Relazioni Esterne - URP	Savona
	SC Direzione Medica di Presidio	Savona - Cairo

I prossimi passi: la formazione per lo sviluppo dei manuali operativi

**Edizione 6** - 8 giugno mattina e 15 giugno pomeriggio sede Savona  
 Totale partecipanti previsti: 19 - Tutor del gruppo d'aula (Gabriella Vullo e Anna Apicella).

Dipartimento	N° Strutture Certificate	Sede
<b>ECONOMICO FINANZIARIO</b>	SC Centro di controllo direzionale	Savona
	SC Bilancio e contabilità	Savona
	SC Economato e Logistica	Savona e Pietra Ligure
<b>STAFF DIREZIONE SANITARIA</b>	SC Governo Clinico Risk Management e Qualità	Savona

I prossimi passi: la formazione per lo sviluppo dei manuali operativi

Edizione 7 - 8 giugno pomeriggio e 15 giugno mattina sede Savona  
 Totale partecipanti previsti: 16 - Tutor del gruppo d'aula (Luigia Astegiano) altro  
 nominativo riferito per la pratica ECM - Gabriella Vullo).

Dipartimento	N° Strutture Certificate	Sede
TECNOLOGICO	SC Servizi Tecnici Edili ed Impiantistici	Savona
TECNOLOGICO	SC Ingegneria Clinica	Savona
TECNOLOGICO	SC Sistemi Informativi Aziendali	Pietra Ligure
STAFF DIREZIONE SANITARIA	SC Farmacia Ospedaliera	Savona - Albenga e Pietra

Il piano formativo per lo sviluppo dei manuali operativi

Edizione e sede	Area	Modulo A (0,5) B (0,5)	5 giugno	6 giugno	7 giugno	8 giugno	12 giugno	13 giugno	14 giugno	15 giugno
0 (P. Ligure)	Patologia clinica	A (0,5) B (0,5)	Matt							
I (P. Ligure)	Riabilitazione	A (0,5) B (0,5)	Pom				Pom			
II (P. Ligure)	Diagnostica per Immagini	A (0,5) B (0,5)		Matt						
III (P. Ligure)	Materno Infantile, Emergenza e Chirurgie (DSM)	A (0,5) B (0,5)			Pom			Pom		
IV (Savona)	Medicina, Specialità mediche, test diagnostici (Genetica)	A (0,5) B (0,5)			Matt					
V (Savona)	Ultrasuoni, Anestesi e Relazioni Esterne e STAFF	A (0,5) B (0,5)				Pom				
VI (Savona)	Economico Finanziario e STAFF	A (0,5) B (0,5)					Matt		Matt	
VII (Savona)	Tecnologico e STAFF	A (0,5) B (0,5)								Pom
										Matt

I referenti del team di progetto e strutture interessate 2017

NOMINATIVO	STAFF DIRIZIONE SANITARIA	PATOLOGIA CLINICA	RIABILITAZIONE	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	MATERNO INFANTILE	EMERGENZA	MEDICINA	SPECIALITÀ MEDICHE	TESTA COLLO	CHIRURGIE	ORTOPEDIA	CURE PRIMARIE ANTIBIOTICHE	PREVENZIONE	PREVENZIONE	SALUTE MENTALE E DIP.	GIURIDICO, RISORSE UMANE E RELAZIONI	ECONOMICO ESTERNO	FINANZIARIO	TECNOLOGICO	
A. Aiello (ASS Qualità Rischio)	x																			
G. Valle (Coord. Inf. Qualità Rischio)	x																			
Mariella Mircomi (Coord. Inf. Formazione)							x													
Roberta Rapetti (Coord. Inf. Dip. Medicina)								x												
Monica Lavagna (Coord. Inf. UGR)	x																			
Paola Guise (Coordinatore SIM)		x																		
Maria Grazia Guidice (Coordinatore ASS. GENZ)																				
Gina Aratore (Educatore Salute Mentale)						x														
Silvia Zecca (Pediatra e Neonatologia)					x															
Patrizia Rutilighi (Coordinatore Inf. Dipartimento specialità mediche)								x												
Gabriella Benna (Tecnico Microbiologia)		x																		
Crista Cassiano (Colaterapista RIF)			x																	

TAPPA B 2 – "Sviluppo dei documenti di processo: la gestione per processi nell'ambito delle SC/SSD"

DESCRIZIONE	DESCRIZIONE	STEP FORMATIVI	TELEO STEP
Misure relative alla struttura			
Misure relative ai processi		PRIMO STEP	
Documenti di gestione del processo		SECONDO STEP	

**Obiettivi del corso**

Gli obiettivi sono rappresentati da:

- Presentare le modalità di analisi dei processi ed eseguire la relativa rappresentazione
- Presentare le modalità e le finalità della definizione dei profili professionali e descriverli per i ruoli interessati nel processo
- Presentare le modalità e le finalità per tracciare gli strumenti di misurazione e controllo utilizzati nel processo
- Presentare le modalità e le finalità delle misure dei processi e applicarle ai processi analizzati

**Descrizione del corso:** Il corso è articolato in 8 ore di formazione distribuite su 2 moduli di 4 ore ciascuno.

(Sono previste 4 ore di attività sul campo, con supporto del tutor del team di progetto di pertinenza, tra il primo e il secondo modulo ed altre 4 successive al secondo modulo) Totale ore formative 16 (8 aula e 8 campo). Considerando la numerosità dei destinatari saranno erogate 8 edizioni.

**Destinatari:** RQ/RISK di SC/SSD e altro personale della SC/SSD (partecipanti per edizione massimo 20-25).

**Metodologia didattica:** presentazione degli argomenti previsti, presentazione di casi di studio, sviluppo dei lavori di gruppo.

TAPPA B 2 – «Sviluppo dei documenti di processo»

**Programma**

**1° modulo 4 ore**

La mappatura dei processi, i loro elementi distintivi ed i processi correlati  
 L'analisi e misura dei processi  
 Lavoro di gruppo: Sviluppo della rappresentazione dei processi e correlazione con la documentazione redatta  
 Presentazione lavori di gruppo

**2° modulo 4 ore**

Consolidamento degli argomenti del primo modulo  
 Scopo finalità della definizione dei profili professionali  
 Lavoro di gruppo: Identificazione degli indicatori di performance  
 Scopo finalità della definizione degli strumenti di misura e monitoraggio  
 Scopo finalità e modalità di utilizzo delle misure di performance dei processi  
 Lavoro di gruppo: Identificazione degli indicatori di processo e di risultato

Formazione per lo sviluppo dei documenti di processo

	STRUTTURE PARTECIPANTI -	N. Strutture
DEGENZA MEDICA	SC Recupero e Riabilitazione Funzionale RRF; SC Unità Spinale Unipolare; SC Anestesia e Rianimazione; SC Medicina Interna 1 ed Ematologia; SC Neurologia	5
DEGENZA CHIRURGICA	SC Ostetricia e Ginecologia; SC Anestesia e Rianimazione	2
DAY HOSPITAL	SC Terapia del Dolore e Cure Palliative; SSD Rieducazione Funzionale (Cairo); SC Medicina Interna 2 e Cure Intermedie; SC Nefrologia e Dialisi	4
DAY SURGERY	SC Day Surgery Multidisciplinare	1
AMBULATORIALI	SSD Rieducazione Funzionale (SV); SSD Rieducazione Funzionale (Alb); SC Pediatria e Neonatologia; SC Medicina Interna e Lungo Degenza Post Acute; SC Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	5
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica; SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica; SC Neuroradiologia Diagnostica ed Interventistica	3
DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	SC Laboratorio Patologia Clinica; SC Anatomia Patologica; SSD Biologia Molecolare; SSD Microbiologia, SSD Patologia Clinica (Cairo)	5
EMERGENZA URGENZA	SC Pediatria e Neonatologia; SC 118 e SSD Emergenze Intraospedaliere	3

Formazione per lo sviluppo dei documenti di processo: date del corso

Edizione	Modulo	I modulo					II modulo				
		21 sett.	22 sett.	25 sett.	26 sett.	9 ott.	10 ott.	11 ott.	12 ott.		
0	A (0,5)	Matt									
	B (0,5)					Pom					
I	A (0,5)	Pom									
	B (0,5)					Matt					
II	A (0,5)		Matt								
	B (0,5)					Pom					
III	A (0,5)		Pom								
	B (0,5)					Matt					
IV	A (0,5)			Matt							
	B (0,5)							Pom			
V	A (0,5)									Matt	
	B (0,5)			Pom							
VI	A (0,5)				Matt						Pom
	B (0,5)					Pom					
VII	A (0,5)										Matt
	B (0,5)										

TAPPA B 3- Sviluppo del manuale di Dipartimento Amministrativo

Descrizione	STEP FORMATIVI		
	PRIMO STEP	SECONDO STEP	TERZO STEP
Manuale operativo del Dipartimento			
Manuale tecnico della struttura			
Documenti di gestione del processo			

Obiettivi del corso

Gli obiettivi sono rappresentati da:

- Presentare le modalità di rappresentazione delle strutture organizzative e svilupparne l'applicazione attraverso la stesura/revisione di un manuale di Dipartimento.

Il manuale del Dipartimento contiene Mission ed organigramma del Dipartimento, mappatura dei processi del dipartimento ed elementi distintivi dei processi (premessi per l'identificazione degli indicatori dei processi), meccanismi di funzionamento del Dipartimento

Descrizione del corso: Il corso è articolato in 16 ore di formazione distribuite su 2 incontri di 8 ore ciascuno.

Destinatari: RQ/RISK di SC e altro personale del Dipartimento scelto (partecipanti per edizione massimo 20-25).

**TAPPA B 3 - Sviluppo del manuale di Dipartimento Amministrativo**

**1° modulo 8 ore**

La mission del Dipartimento (correlata al contesto), l'organigramma e le responsabilità  
Lavoro di gruppo: Sviluppo del manuale organizzativo di Struttura  
Presentazione lavori di gruppo  
La mappatura dei processi, i loro elementi distintivi ed i processi correlati  
Lavoro di gruppo: Sviluppo della mappatura dei processi  
Presentazione lavori di gruppo

**2° modulo 8 ore**

Consolidamento delle attività del primo modulo  
La mappatura dei processi, i loro elementi distintivi ed i processi correlati  
Lavoro di gruppo: revisione e completamento  
I meccanismi di funzionamento  
Lavoro di gruppo: i meccanismi di funzionamento del Dipartimento  
Presentazione lavori di gruppo

**TAPPA B 3 - Sviluppo del manuale di Dipartimento Amministrativo**

Data	I modulo	II modulo
17 ottobre 2017	9.00 – 13.00 / 14:30-18:30	
27 ottobre 2017		9.00 – 13.00 / 14:30-18:30

# Legge 8 marzo 2017 n. 24

“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”

---



## **COSA CAMBIA? QUALI SONO LE NOVITA'?**

### Articolo 1 “Sicurezza delle cure in sanità”

- Chiarisce che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute, rafforzando il valore costituzionale di cui all’art. 32 della Costituzione.
  - Il legislatore evidenzia un approccio, relativamente innovativo, rispetto alla sicurezza delle cure, non più basato solo sulle competenze e conoscenze del singolo operatore sanitario, ma sull’organizzazione nel suo complesso e sull’interazione tra tutte le componenti del sistema volta alla prevenzione dei possibili c.d. “incidenti”.
-



**s.c. affari legali**  
**Legge 8 marzo 2017 n. 24**

## **Articolo 2 “Difensore civico”**

- Viene creata la figura del **Garante del diritto della salute**, funzione che potrà essere affidata dalle Regioni al Difensore civico, adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria.
  - Il Difensore civico, qualora verifichi la fondatezza della segnalazione, dovrà intervenire a tutela del diritto leso con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regio-nale.
- 



**Legge 8 marzo 2017 n. 24**

## **Articolo 2** **“Centri regionali per la gestione del rischio sanitario”**

- In ogni Regione è istituito il **Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente** cui è affidato il compito di raccogliere i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e di trasmetterli all’**Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità**.
-



## Legge 8 marzo 2017 n. 24

### Articolo 3 “Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità”

- L'Osservatorio dovrà essere istituito, entro 3 mesi dalla data di entrata in vigore della legge, con Decreto del Ministro della salute. L'Osservatorio, ricevuti i dati regionali, avrà il compito, con l'ausilio delle società scientifiche delle professioni sanitarie, di individuare idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario, di monitorare le buone pratiche per la sicurezza delle cure nonché di procedere alla formazione e all'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.
  - Il Ministero della salute dovrà trasmettere annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.
  - L'Osservatorio quindi grazie ai dati raccolti per l'identificazione del rischio e delle pratiche per la sicurezza condivise dalle Regioni potrà lavorare per fornire indicazioni sulle strategie di anticipazione del rischio.
- 



OPERAZIONE  
TRASPARENZA

s.c. affari legali  
legge 8 marzo 2017 n. 24

### Articolo 4 “Trasparenza dei dati”

- L'art. 4 dispone che le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personale (D.Lgs. n. 196/2003). Detto articolo obbliga la Direzione Sanitaria a fornire entro 7 giorni dalla richiesta da parte gli aventi diritto la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente.
  - Per documentazione sanitaria si intendono tutti i documenti di carattere clinico assistenziale che riguardano la persona assistita e che sono stati redatti durante il periodo di degenza (cartella clinica, cartella infermieristica, cartella riabilitativa, eccetera).
  - Le strutture sanitarie hanno 90 giorni di tempo per adeguare i Regolamenti interni.
-



**S.C. affari legali**  
**legge 8 marzo 2017 n. 24**

**segue articolo 4**

- Inoltre l'art. 4 dispone la pubblicazione, sul sito internet di ogni struttura sanitaria, dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.
  - Infine l'art. 4 dispone che i familiari o gli altri aventi titolo del deceduto possono concordare con il direttore sanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico, sia nel caso di decesso ospedaliero sia in altro luogo e possono disporre la presenza di un medico di loro fiducia. Viene quindi modificato il regolamento di polizia mortuaria con il riconoscimento del ruolo dei familiari in merito all'esecuzione del riscontro diagnostico, ruolo che non figurava nel dettato normativo precedente.
- 



**LEGGE 8 MARZO 2017 N. 24**

**Articolo 5 "Buone pratiche clinico assistenziali  
e raccomandazioni previste dalle linee guida"**

- L'art. 5 regola un aspetto di rilievo per ciò che riguarda la responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie in quanto stabilisce che tali soggetti debbano attenersi alle raccomandazioni previste dalle linee guida e buone pratiche clinico assistenziali che dovranno essere elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con Decreto del Ministro della salute da emanare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della legge.
  - Le linee guida e buone pratiche e gli aggiornamenti che saranno elaborati dai suddetti enti sono integrate nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e saranno pubblicati nel sito dell'Istituto Superiore della sanità.
  - In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico assistenziali (prestazioni e valutazioni attuate con competenza in base alle pertinenti evidenze scientifiche)
-



## LEGGI 8 MARZO 2017 N. 24

### Art. 6 “Responsabilità penale dell’esercente la professione sanitaria”

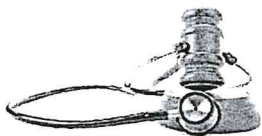
- L’attuale riforma parrebbe recepire l’orientamento giurisprudenziale prevalente formatosi sull’art. 3 della legge Balduzzi, giurisprudenza che ha ritenuto che la scriminante della colpa lieve potesse essere rilevata nei soli casi di imperizia e non in presenza di negligenza o imprudenza poggiando sull’assunto che le linee guida e le buone pratiche contengono esclusivamente regole di perizia.
  - Viene infatti introdotto nel codice penale l’art. 590 sexies così formulato: “Se i fatti di cui agli articoli 589 c.p. e 590 c.p. sono commessi nell’esercizio della professione sanitaria si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.
  - **Qualora l’evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alla specificità del caso concreto.**
- 



## LEGGI 8 MARZO 2017 N. 24

### segue Art. 6

- Come si legge è scomparso ogni riferimento al problematico concetto di colpa grave, la scriminante opera solo in caso di colpa (grave o lieve) per imperizia e la speciale irrilevanza penale opera solo con riferimento ai reati di omicidio colposo e lesioni colpose (art. 589 c.p., art. 590 c.p.).
  - Ne discende che l’esercente la professione sanitaria che, pur seguendo le linee guida o buone pratiche, cagiona un evento criminoso per negligenza o imprudenza è penalmente responsabile per colpa sia lieve o grave.
  - In sintesi, l’esclusione di punibilità del secondo comma dell’art. 590 sexies c.p. parrebbe riguardare solo gli eventi riconducibili a condotte professionali caratterizzate da imperizia, ossia alla difformità della condotta rispetto alle regole scientifiche che la miglior letteratura suggerisce, qualora avvengano nel rispetto delle linee guida, raccomandazioni e buone pratiche (rispetto competente delle evidenze scientifiche).
  - Resta invece ferma la responsabilità in caso di violazione del minimo impegno/ comportamento disattento, non accurato/improntato a dimenticanza (negligenza) o nel difetto di cautela o nell’insufficiente ponderazione nel valutare le conseguenze delle proprie azioni od omissioni (imprudenza).
  - Sarà compito degli interpreti, ossia dei Giudici, applicare il nuovo dettato normativo.
-



LEGGI 2017 N. 24  
LEGGI 2017 N. 24  
**LEGGI 2017 N. 24**

## **Art. 7 “Responsabilità civile della struttura e dell’esercente la professione sanitaria”**

- L’art. 7 stabilisce una netta bipartizione delle responsabilità dell’ente ospedaliero e dell’esercente la professione sanitaria per i danni lamentati dai pazienti.
  - La Struttura sanitaria risponde sempre per responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c., anche quanto il lamentato danno è correlato prestazioni svolte in regime di libera professione intramuraria, mentre l’esercente la professione sanitaria risponde per responsabilità extra-contrattuale ex art. 2043 c.c., salvo il caso di obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente.
  - Importanti le conseguenze pratiche di tale qualificazione per il medico in quanto il paziente, nel caso ritenesse di radicare azione contro l’esercente la professione sanitaria, ha l’onere di provare ogni elemento della pretesa, quali in estrema sintesi nesso causale tra evento e danno, colpa, causalità giuridica e materiale e, per tale fattispecie, la prescrizione è ridotta nel più breve termine quinquennale.
- 



LEGGI 2017 N. 24  
LEGGI 2017 N. 24  
**LEGGI 2017 N. 24**

## **Art. 7 “Responsabilità civile della struttura e dell’esercente la professione sanitaria”**

Nei confronti della struttura sanitaria rimane in vigore l’attuale regime di responsabilità contrattuale con la conseguenza, in sintesi, che il presunto danneggiato ha soltanto l’onere di provare il danno (inadempimento) correlato alla prestazione erogata dall’Azienda sanitaria nel termine prescrizione di 10 anni con la conseguenza che è sempre onere della struttura sanitaria dover provare di aver erogato una prestazione corretta e che il danno residuo a controparte non è dipeso dalla prestazione erogata ovvero che rientra negli eventi prevedibili ma non prevenibili.

---

## **Art. 8 “Tentativo obbligatorio di conciliazione”**

- L'articolo 8 rappresenta l'intento del legislatore di ridurre il contenzioso per i procedimenti di risarcimento per responsabilità sanitaria e a tal fine introduce, nell'ambito del tentativo di conciliazione già esistente, l'applicazione dell'istituto del ricorso ex art. 696 bis c.p.c. (A.T.P.), procedimento di natura sommaria, al fine dell'accertamento, tramite una consulenza tecnico medico legale, dell'eventuale responsabilità e dell'entità del risarcimento. In alternativa il danneggiato può proporre la Procedura di mediazione già vigente ex D.Lgs. n. 28/2010. Entrambi gli istituti costituiscono condizione di procedibilità della domanda di risarcimento. Se la conciliazione non ha dato esito positivo controparte, entro novanta giorni, può proporre Ricorso ex art. 702 bis c.p.c. (rito abbreviato).
- 

## **Art. 9 “Azione di rivalsa”**

- L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata soltanto successivamente all'avvenuto risarcimento e solo in caso di dolo o colpa grave e tale azione è esercitata dal Pubblico Ministero presso la Corte dei Conti entro un anno (5 anni) dall'avvenuto pagamento.
-

### **Art. 10 e 11 “Obbligo di assicurazione – estensione garanzia”**

- Tale disposto prevede l'obbligo per le strutture sanitarie di copertura assicurativa tramite compagnia assicuratrice o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi, come l'attuale regime di gestione diretta istituito dalla Regione Liguria ex l.r. n. 28/2011 che garantisce la responsabilità civile verso terzi tramite un Fondo speciale all'uopo istituito. Con la nuova legge il Fondo di autoritenzione sarà soggetto a controllo attraverso modalità che saranno emanate con Decreto attuativo entro 120 giorni.
  - Per l'esercente la professione sanitaria è istituito l'obbligo di stipulare, con oneri a proprio carico, un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave.
- 

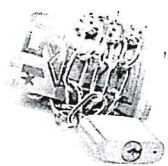
### **Art. 12 “Azione diretta del soggetto danneggiato**

l'art. 12 introduce l'azione diretta nei confronti dell'assicurazione da parte del danneggiato.

---

### **Art. 13 “Obbligo di comunicazione all’esercente la professione sanitaria del giudizio basato su sua responsabilità”**

- Detto articolo introduce l’obbligo per la Struttura sanitaria di comunicare all’esercente la professione sanitaria, entro 10 giorni dalla notifica dell’atto introduttivo, ogni giudizio promosso nei loro confronti, inviando copia dell’atto giudiziario notificato.
  - Inoltre è disposto l’obbligo per la Struttura sanitaria di comunicare, entro 10 giorni, con Raccomandata a.r. o pec l’avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte.
  - Scopo del disposto normativo è favorire l’eventuale partecipazione del medico nei procedimenti che potrebbero, in caso di dolo o colpa grave, dar corso, nei suoi confronti, ad un’azione di rivalsa o di responsabilità davanti alla Corte dei conti.
- 



### **Art. 14 “Fondo di garanzia”**

Viene introdotto un fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, strumento che interverrà a sostegno delle strutture nel caso in cui l’importo del danno ecceda i massimali di polizza o nel caso in cui la compagnia di assicurazioni non si trovi in gradi di assolvere alla richiesta risarcitoria.

---

**LEGGE 8 MARZO 2017 N. 24**



**Art. 15 “Nomina dei Consulenti tecnici d’ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria”**

Viene introdotta un’importante novità nei procedimenti civili o penali in quanto l’Autorità giudiziaria deve affidare l’espletamento della consulenza tecnica d’ufficio e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quando oggetto del procedimento.

---

**LEGGE 8 MARZO 2017 N. 24**



**Art. 16 “modifiche alla legge n. 208/2005”**

Detto articolo stabilisce che “i verbali a gli atti conseguenti all’attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell’ambito di procedimenti giudiziari”

---



THANK YOU

**Fine**

---