

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI
(LEGGE REG.LE LAZIO 10.06.94 N.18 – DELIB.GIUNTA REG.LE LAZIO 30.06.94 N.5163)
VIA del TERMINILLO, 42 – TEL.0746-2781 - 02100 – RIETI

Direttore Generale: Dott.ssa Laura Figorilli
(Art. 3, comma 6, del D.Lgs n.502/92 e s.m.i.)
(Decreto Regione Lazio n. T00070/2014 del 04.03.2014)
(Deliberazione n. 1/D.G. del 10.03.2014)

Deliberazione n° 852/DG del 26.07.2016

RISK MANAGEMENT

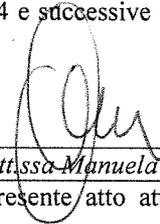
Oggetto: Adozione Piano Annuale 2016 di Risk Management.

L' Estensore
Sig. Giovanni Filippetti

Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Manuela Serva

Il Responsabile della Funzione di Staff Risk Management proponente con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta che l'atto è, nella forma e nella sostanza, legittimo e assolutamente utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed è coerente con gli obiettivi dell'Azienda.

Data 22/7/2015

Firma 
Dott.ssa Manuela Serva

Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui imputare la spesa: _____

Data _____

Firma _____
Il Direttore U.O.C. Dott. Luciano Quattrini

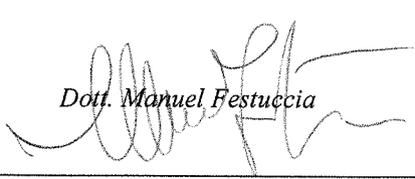
Parere del Direttore Amministrativo

favorevole

non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 22/07/2016


Dott. Manuel Festuccia

Parere del Direttore Sanitario

favorevole

non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 22.07.2016


Dott.ssa Marilina Colombo

IL RESPONSABILE DELLA UOSD RISK MANAGEMENT E QUALITA'

PREMESSO che alla UOSD Risk Management e Qualità, in staff al Direttore Generale, è affidato il compito di implementare percorsi di gestione del Rischio Clinico e di implementazione della Qualità;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale Lazio 14/07/2006 n. 424 che dispone tra i requisiti minimi organizzativi delle strutture sanitarie e socio-sanitarie l'attivazione di un programma per la gestione del Rischio Clinico;

PRESO ATTO della istituzione del progetto Rating-ASL con deliberazione Regionale n.297 del 23/05/2006 per la realizzazione della "Gestione del Rischio Clinico nelle Aziende Sanitarie della Regione Lazio come strumento di miglioramento della qualità assistenziale";

CONSIDERATO che il Ministero della Salute con decreto del 1 Dicembre 2009 ha istituito il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative a:

- Eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario);
- Denunce dei sinistri;

TENUTO CONTO dell'intesa della Conferenza Permanente Rapporti Stato – Regioni del 20/03/2008 concernente la gestione del Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure;

VISTO che il Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013 individua quale punto focale dell'azione del Sistema Sanitario Nazionale lo sviluppo del governo clinico e della qualità dei servizi sanitari;

CONSIDERATO che il suddetto Piano Sanitario Regionale implementa un "approccio di sistema" basato sull'integrazione dei diversi aspetti del sistema medesimo e sulla collaborazione multidisciplinare attraverso gli strumenti di gestione del rischio clinico, formazione, audit, medicina basata sull'evidenza, linee guida e percorsi assistenziali, gestione dei reclami e del contenzioso, gestione del personale, gestione della documentazione, comunicazione e informazione corretta e trasparente, coinvolgimento dei pazienti;

DATO ATTO che il miglioramento della sicurezza è un obiettivo prioritario di ogni organizzazione sanitaria e deve basarsi sul cambiamento culturale favorendo la diffusione delle buone pratiche;

TENUTO CONTO che il controllo del rischio clinico, sia in riferimento agli eventi sentinella ed altri eventi avversi, alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), alle Lesioni da Pressione e a qualsiasi altro fattore che impatti nella qualità dell'assistenza, costituisce, congiuntamente al controllo del conseguente contenzioso, un elemento di valutazione della "performance" aziendale;

VISTA la determinazione della Regione Lazio del 1 Aprile 2014, n. G04112 con la quale si approvano le “Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del Piano Annuale di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CC-ICA)” per l’anno 2014;

VISTA la nota della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione del Rischio Clinico del 03/02/2015 prot. n. 58028 “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio anno 2014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio” con la quale venivano consolidati i risultati ottenuti nell’anno 2014 e veniva deciso di non fornire nuove Linee Guida, ma di ritenere valide quelle dell’anno 2014;

VISTA la nota della Regione Lazio “Elaborazione e adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016” pervenuta via PEC in data 25/07/2016 prot. n. 40003 con la quale la Regione Lazio ha indicato le nuove Linee Guida per la redazione del PARM, da inviare entro il 15/09/2016;

TENUTO CONTO delle suddette Linee di indirizzo che individuano nel Piano uno strumento di programmazione e di controllo di tutte le attività correlate alla gestione del rischio basate sulla massima integrazione della intera organizzazione aziendale, utilizzando a tal fine anche lo strumento di programmazione del Budget per la realizzazione operativa di obiettivi strategici Aziendali;

TENUTO CONTO anche del Piano Regionale della Prevenzione che detta le attività da portare a compimento nel corrente anno;

CONSIDERATA la rilevanza delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) quale criticità sempre di maggior portata anche nelle attività extraospedaliere;

CONSIDERATO altresì che il Piano Annuale di Risk Management è un importante strumento di Clinical Governance in quanto individua le azioni da porre in essere integrando le attività dell’intera organizzazione aziendale secondo la logica del miglioramento continuo, sviluppando anche progetti qualificanti inerenti la tematica;

VISTE le azioni già poste in essere nel precedente PARM 2015 e nella logica dello sviluppo di attività già precedentemente implementate;

VISTO il D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il D.L.vo 286/99;

ATTESTANDONE la legittimità ed utilità per il servizio pubblico;

DATO ATTO che la proposta è coerente con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione adottato con Deliberazione n. 110/DG del 29.01.2016;

PROPONE

Per quanto espresso in narrativa,

- **DI APPROVARE** il documento “**Piano Annuale di Risk Management Anno 2016**”, allegato alla presente deliberazione formandone parte integrante e sostanziale;



- Di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18/09/2009 n°69 e del D.Lgs. 14/03/2013 n°33;

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto:

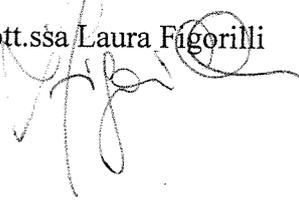
- Che il Dirigente proponente il presente provvedimento sottoscrivendolo attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è, nella forma e nella sostanza, legittimo e assolutamente utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed è coerente con gli obiettivi dell'Azienda;
- Che il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

DELIBERA

- Di approvare e far propria la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- Di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art.30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L.R: 45/96.

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figorilli



La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale	La presente Deliberazione è trasmessa al Comitato di Rappresentanza della Conferenza Locale per la Sanità	La presente Deliberazione è sottoposta all'approvazione della Giunta Regionale
In data 26 LUG. 2016	In data	In data

Della sujestesa Deliberazione viene iniziata la pubblicazione il **26 LUG. 2016**
 Si attesta che la presente Deliberazione è divenuta esecutiva ai sensi di legge:

Ai sensi dell'art.4 l. 30.12.1991, n.412	<input type="checkbox"/> Approvazione per silenzio-assenso
	<input type="checkbox"/> Approvazione con Delib.G.R. n..... del

Rieti, li **26 LUG. 2016**.....

IL FUNZIONARIO


Per l'esecuzione (E) ovvero per opportuna conoscenza (C) trasmessa a:
 Per l'esecuzione trasmessa a:

<i>Distretti Dipartimenti e U.O.C.</i>	<i>U.O.C.</i>	<i>Tecnostruttura di governo e audit dei processi</i>
Distretto Montepiano Reatino <input type="checkbox"/>	Affari Generali <input type="checkbox"/>	UOC Audit Clinico e Sistemi informativi sanitari <input type="checkbox"/>
Distretto Mirtense <input type="checkbox"/>	Amm.ne del Personale dipendente, a convenzione e collaborazioni <input type="checkbox"/>	UOC Controllo di gestione <input type="checkbox"/>
Distretto Salario <input type="checkbox"/>	Economico Finanziaria <input type="checkbox"/>	UOC Sviluppo Strategico e Organizzativo <input type="checkbox"/>
Distretto Salto Cicolano <input type="checkbox"/>	Acquisizione beni e servizi <input type="checkbox"/>	Tecnostruttura sanitaria
Distretto Alto Velino <input type="checkbox"/>	Tecnico Patrimoniale <input type="checkbox"/>	UOC Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie <input type="checkbox"/>
Dipartimento Emergenza e Accettazione <input type="checkbox"/>	Sistema informatico <input type="checkbox"/>	Staff di servizio
Dipartimento di Oncologia <input type="checkbox"/>	Direzione Amm.va Funzione Ospedaliera <input type="checkbox"/>	UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute <input type="checkbox"/>
Dipartimento di Chirurgia <input type="checkbox"/>	Direzione Amm.va Funzione Interdistrettuale <input type="checkbox"/>	UOC Comunicazione e Marketing <input type="checkbox"/>
Dipartimento di Medicina <input type="checkbox"/>	Direzione Presidio Ospedaliero Rieti - Amatrice <input type="checkbox"/>	UOC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale <input type="checkbox"/>
Dipartimento di Scienze Diagnostiche <input type="checkbox"/>	Direzione Presidio Ospedaliero Magliano Sabina <input type="checkbox"/>	UOC Ufficio Legale Autonomo <input type="checkbox"/>
Dipartimento di Salute Mentale <input type="checkbox"/>	Farmaceutica territoriale <input type="checkbox"/>	UOC Sviluppo Competenze e Formazione <input type="checkbox"/>
Dipartimento Programmi Promozione Salute Donna, Età Evolutiva e Fragilità <input type="checkbox"/>	Farmacia ospedaliera <input type="checkbox"/>	altre Funzioni di Staff
Dipartimento di Prevenzione <input type="checkbox"/>	Materno Infantile <input type="checkbox"/>	Audit Amministrativo <input type="checkbox"/>
Igiene Alimenti e Nutrizione <input type="checkbox"/>	Dipendenze e Patologie d'Abuso <input type="checkbox"/>	Unità coord. az.le attività donazione e trapianti di organi e tessuti <input type="checkbox"/>
Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro <input type="checkbox"/>		Health Technology Assessment <input type="checkbox"/>
Igiene e Sanità Pubblica <input type="checkbox"/>		Risk Management <input checked="" type="checkbox"/>
Igiene della Prod. Trarf. Comm. Alimenti <input type="checkbox"/>		Relazioni Sindacali <input type="checkbox"/>
Igiene Allevamenti e Prod. Zootecniche <input type="checkbox"/>		Medico Competente <input type="checkbox"/>
Sanità animale <input type="checkbox"/>		Comitato per le pari opportunità <input type="checkbox"/>



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
RIETI

UOSD Risk Management e Qualità

**Responsabile Dr.ssa Manuela
Serva**



REGIONE
LAZIO

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2016

INDICE

1. PREMESSA.....	3
1.A CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	5
1.B DESCRIZIONE DEGLI EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO TRIENNIO.....	5
1.C DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	5
1.D RESOCONTO PARM 2015	6
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	12
3. OBIETTIVI	13
4. ATTIVITÀ.....	15
5. DIFFUSIONE	33
6. RIFERIMENTI NORMATIVI	34
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	35



1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato la necessità che l'organizzazione sanitaria operi per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure. La possibilità di "**Evento avverso**" è insito nei sistemi complessi e la realtà sanitaria, come sancito dall'OMS, è l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile; la sicurezza dei pazienti deve essere quindi continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando ed integrando i vari aspetti, dal monitoraggio all'analisi degli eventi avversi, all'elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza; dal coinvolgimento di pazienti e cittadini alla formazione degli operatori sanitari.

Sempre più di fondamentale interesse è l'analisi delle interferenze delle "*diverse sicurezze aziendali*", al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio, implementando modelli gestionali dello stesso.

La *Gestione del Rischio Clinico* rappresenta un elemento di Governo Clinico, meglio definito come "*il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*". Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento prodotto "Risk Management e Qualità in Sanità" definisce le seguenti raccomandazioni:

- ✓ individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- ✓ elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- ✓ promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- ✓ promuovere la segnalazione dei near miss;
- ✓ sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- ✓ monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;
- ✓ avviare la costituzione di un network per la realizzazione di un database nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- ✓ definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- ✓ favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

La Regione Lazio, nel recepire il documento ministeriale, tenuto conto delle peculiarità del contesto organizzativo e del profilo di rischio di ciascuna Azienda, mediante l'emanazione delle Linee Guida

di Indirizzo, ha inteso promuovere la massima condivisione dei principi e delle regole del governo clinico anche attraverso la costruzione della rete dei professionisti implicati nei diversi ruoli, in una ottica di gestione globale della tematica della gestione del rischio e della sinistrosità.

Le linee Guida della Regione Lazio, anche in riferimento alla riorganizzazione dei Comitati della Valutazione dei Sinistri, nonché al Tavolo di recente istituzione di coordinamento dei Responsabili di diversi CC-ICA Aziendali della Regione Lazio, hanno voluto fornire da una parte strumenti organizzativi di analisi e valutazione dei sinistri medesimi in costante raccordo con la "struttura" Regionale di *second opinion* sui sinistri di particolare complessità (Determinazione Regione Lazio n° G09535 del 02/07/2014 "Linee guida Regionali per l'attività di Gestione dei Sinistri da responsabilità medico/sanitaria – composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS)", e dall'altra focalizzare l'attenzione in maniera particolare su una linea di attività critica quale quella relativa al controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza in ambito Sanitario allargando l'orizzonte di attività non solo al presidio ospedaliero ma anche al territorio.

Il progetto di Piano in recepimento del contesto Normativo Nazionale e Regionale di riferimento, si inserisce nelle attività intrinseche al governo clinico recependo una serie di scelte di politica sanitaria su temi specifici assunte dai diversi livelli di governo del sistema sanitario che hanno come obiettivo proprio una adeguata risposta ai bisogni di salute del cittadino fornendo a tutte le parti interessate ed ai propri utenti in particolare, la massima protezione possibile dai danni conseguenti a possibili errori umani e di sistema, assicurando cure di qualità, appropriate e sicure. Le linee di attività previste, prendono corpo della multifattorialità e complessità che è intrinseca ad un sistema espressione di fattori legati ai processi organizzativi, alla formazione dei professionisti, alla distribuzione e alla congruità delle risorse umane, strutturali e tecnologiche, nonché risposta dinamica sulle criticità via via rilevate, dando contestualmente continuità alle azioni già avviate negli anni precedenti.

In questa dimensione la "gestione del rischio" acquista la funzione di parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi del sistema-Azienda, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi, come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti. Quindi la gestione della sicurezza nella sua globalità in un'organizzazione sanitaria, oltre a costituire un imperativo etico, nel garantire la sicurezza delle cure offerte, influenza i risultati in termini economici, in costi assicurativi, in costi umani e di immagine, e condiziona il benessere organizzativo. In questa ottica il Piano Annuale di Risk Management e Qualità 2016, è costruito come già detto in maniera dinamica raccogliendo le criticità e i suggerimenti nella prospettiva del miglioramento continuo, e nella implementazione di azioni e progettualità nuove ritenute qualificanti l'attività nella sua globalità in linea con le indicazioni regionali di riferimento.



1.a IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

DATI STRUTTURALI			
Estensione territoriale	2.749 Km ²	Popolazione residente	159.670* *Dato al 31/12/2014 Fonte Atto Aziendale ASL di Rieti
Distretti sanitari	N. 2 Distretti: - Distretto n.1 – Rieti, Antrodoco, S. Elpidio. - Distretto n.2 – Salario – Mirtense.	Presidi ospedalieri pubblici	n. 1 Polo Ospedaliero Unificato Rieti - Amatrice
Posti letto ordinari ¹	335	Area Medica	206
		Area Chirurgica	107
		NIDO	9
		OBI	10
		SPDC	12
Posti letto diurni DH/DS ¹	34	Servizio trasfusionale ¹	1
Blocchi operatori ¹	1	Sale operatorie ¹	9
Terapie intensive ¹	1	UTIC ¹	1
Dati aggregati a livello aziendale ¹			
Ricoveri ordinari	13.498	Ricoveri diurni	3.440
Accessi PS	41.331	Neonati o parti	566
Branche specialistiche	27	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	62.475

¹Fonte dati : DMO / Audit Clinico e SIS

1.B DESCRIZIONE DEGLI EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO TRIENNIO

Anno	N. Eventi Avversi	N. Eventi Sentinella	N. Sinistri **
2013	73	2	59
2014	143	5	50
2015	163	5	58

** per n. sinistri si intende il N. delle denunce RCT/O pervenute alla USL Rieti nel corso dell'anno di riferimento

Fonte dati : AA.GG. e Legale / Risk Management

1.C DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza e rel. Scadenza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2013	RCT/O n. ITOMM1000051 31/08/2014	AMTRUST EU.LTD	€ 2.200.500	€ 1.000.000	MARSH SpA
2014	RCT/O n. ITOMM1301290 28/02/2015	AMTRUST EU.LTD	€ 2.200.500	€ 1.000.000	MARSH SpA
2015	RCT/O N. 2015RCG00087-642128	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€2.000.000	€2.000.000	MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A.

Fonte dati : AA.GG. e Legale

1.D RIEPILOGO DATI DI ATTIVITÀ PARM 2015

Il Piano Annuale di Risk Management 2015 è stato redatto secondo gli indirizzi delle Linee Guida Regionali, è stato costruito tenendo conto delle linee di attività già implementate nel Piano Annuale di Risk Management 2014 sviluppando ulteriori attività sulla base dei risultati e secondo la logica del miglioramento continuo.

Le attività previste nel Piano Annuale Risk Management 2015 sono state tutte costantemente monitorate dalla UOSD di Staff Risk Management e Qualità, attraverso una contestuale azione di supporto all'organizzazione in funzione delle criticità via via rilevate.

In sintesi si può affermare che siano state raggiunte tutte le attività previste nel PARM con soddisfazione degli indicatori, ad eccezione di un parziale raggiungimento dell'attività n. 31, che ha soddisfatto l'obiettivo previsto con la realizzazione di eventi formativi sul rischio anticorruzione per il 10% degli operatori piuttosto che del 20% come previsto.

Rimane aperta l'attività, comunque avviata con gara in corso, relativa alla centralizzazione del **Sistema di preparazione dei farmaci antitumorali.**

Di seguito si riportano in dettaglio gli obiettivi già previsti nel PARM 2015, con indicatore, scadenze, soddisfazione dell'indicatore, Struttura Responsabile e Strutture Coinvolte.

N.	Obiettivo	Indicatore	Scadenza	Situazione 31/12/2015	Struttura Resp.le	Strutture Coinvolte
1	Implementazione dinamica delle procedure sulla gestione del rischio Clinico e sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali mediante costituzione di specifici gruppi di lavoro, nel rispetto del percorso indicato nella nota della Regione Lazio prot. 99218 del 23/02/2015 avente per oggetto: <i>"Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti"</i>	delibera aziendale con individuazione dei Gruppi di Lavoro e crono programma	31/03/2015	Raggiunto	Risk Manag. e Qualità	
2	Redazione/Revisione delle Procedure sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali – Nota Regione Lazio prot. 99218 del 23/02/2015	Adozione atti deliberativi delle Procedure redatte/revisionate	30/06/2015	Raggiunto (Deliberate n. 17 procedure su 17)	Risk Manag. e Qualità	Gruppi di Lavoro Aziendali individuati con atto deliberativo

3	Progettazione corso ECM finalizzato alla Implementazione del percorso formativo per i facilitatori finalizzato a far acquisire tecniche di valutazione e gestione del Rischio Clinico	Progettazione Corso ECM	30/04/2015	Raggiunto	Risk Manag. e Qualità	SAPS
4	Progettazione ECM per realizzare una conferenza annuale di tutte le UO Sanitarie e Territoriali finalizzata ad un confronto interattivo sugli eventi avversi più interessanti rappresentati dalle UO.	Progettazione Conferenza accreditata ECM	30/06/2015	Raggiunto	Risk Manag. e Qualità	SAPS – AA.GG e Legali DMO e Farmacia Osp.
5	Corso ECM : <i>“Gestione del rischio per evento suicidario”</i>	Progettazione Corso ECM	30/06/2015	Raggiunto	DSM	Risk Management e Qualità
6	Redazione n. due Check List: - Controllo della completezza della Cartella Clinica - Valutazione qualità Cartella Clinica	Redazione di n. due Check List specifiche	30/04/2015	Raggiunto	UOSD Risk Manag. e Qualità	
7	Coordinamento Gruppo di Lavoro <i>“Trasporto prelievi e campioni ematici a garanzia della sicurezza e della tracciabilità del flusso”</i> .	Redazione di procedura	30/05/2015	Raggiunto	UOSD Risk Manag. e Qualità	DMO – Lab. Analisi – Distretti- Serv Trasf. - SPP
8	Elaborazione di una Check List di rilevazione del rischio relativamente alla sicurezza lavoro con particolare riguardo alle Aree di interferenza nell’ambito penitenziario	Elaborazione di una Check List	31/05/2015	Raggiunto	SPP	Risk Manag. e Qualità
9	Realizzazione di una Check list finalizzata alla rilevazione del Rischio Clinico in ambito penitenziario	Redazione di una check list	30/06/2015	Raggiunto	Risk Manag. e Qualità	SPP
10	Redazione di procedura <i>“Fuori uso e Fine uso”</i>	Redazione di procedura	30/06/2015	Raggiunto	Tecnico Patrim.	ABS – DMO - SPP
11	Sistema preparazione farmaci antiblastici	Piena realizzazione del sistema presso il Ser. Farmaceutico Ospedaliero	30/06/2015	E’ in corso la gara per acquisizione del sistema	Tecnico Patrim.	
12	Elaborazione di procedura <i>“Acquisizione e utilizzo beni strumentali e prodotti dalla fase di capitolato di gara all’utente con individuazione della matrice delle Responsabilità”</i>	Redazione di procedura	30/06/2015	Raggiunto	ABS	DMO - SPP

13	Analisi di tutti i reclami (esterni ed interni) con analisi dei dati nel triennio e contestuale analisi delle criticità rilevate con proposta delle azioni di miglioramento.	Report semestrale con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento al Risk Management.	30/06/2015	Raggiunto	URP	Risk Manag. e Qualità
14	Revisione della procedura aziendale n. 2/2014 Modalità operative per il prelievo ed invio del campione Istocitopatologico presso la UOC Anatomia Patologica	Redazione procedura revisionata	31/07/2015	Raggiunto	Risk Manag. e Qualità	Gruppo di Lavoro
15	Redazione di procedura operativa per garantire la continuità assistenziale del paziente con particolare riferimento alla Casa della Salute	Redazione di procedura operativa	31/07/2015	Procedura redatta Raggiunto	SSO	Risk Management Distretto 2
16	Individuazione di una modalità regolamentata fra le Aree di Risk Management – Servizio di Prevenzione – Medico Competente- Medico Autorizzato e Direzione Tecnica Patrimoniale	Redazione di Regolamento	30/09/2015	Raggiunto	Risk M. – SPPA- Med. Competent- Tecnico Patrim.	
17	Realizzazione di Audit relativi ad almeno un evento avverso e redazione dei Piani di Miglioramento. Realizzazione delle azioni di pertinenza previste dal piano di miglioramento in occasione di eventi sentinella.	Invio al Risk Management della risultanza dell'attività svolta	31/12/2015	Raggiunto	Tutte le UOC Sanitarie e Territoriali	Risk Management
18	Realizzazione delle azioni di pertinenza previste dal piano di miglioramento in occasione di eventi sentinella.	Invio al Risk Management della risultanza dell'attività svolta	31/12/2015	Raggiunto	Tutte le UOC Sanitarie e Territoriali	Risk Management
19	Organizzazione del corso formativo <i>"Il governo del Rischio e la Funzione della Rete"</i> Applicazione di modelli di valutazione e gestione del Rischio clinico	Almeno n. due eventi formativi con coinvolgimento di almeno il 50% dei Facilitatori e i MMG operanti presso la Casa della Salute	30/11/2015	Raggiunto	Formazione	Risk Management

20	Attività di informazione ai cittadini sulle attività intraprese dall'Azienda anche per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure	- Giornata di incontro - Report delle attività poste in essere con individuazione delle aree di criticità e proposte di miglioramento	30/11/2015	Raggiunto	Affari Generali e Legali	Risk Management
21	Monitoraggio utilizzo SUT (Scheda Unica di Terapia)	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	30/11/2015	Raggiunto	SAPS	Risk Management
22	Applicazione Check di valutazione completezza Cartella Clinica	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	30/11/2015	Raggiunto	SAPS	Risk Management
23	Scheda del Dolore e Scheda di Conley - mediante verifica a campione del 20% dei ricoveri nelle Cartelle Cliniche nei mesi di Marzo e Settembre.	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	30/11/2015	Raggiunto	SAPS	Risk Management
24	Controllo di un campione di 1000 Cartelle Cliniche della documentazione sanitaria in riferimento ai percorsi clinico organizzativi e/o alla appropriatezza formale del ricovero e giornate di degenza	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	30/11/2015	Raggiunto	ACESIS	Risk Management
25	Controllo a campione sulle cartelle cliniche richieste cartacee dagli utenti/altro soggetto autorizzato dei requisiti di qualità della cartella clinica con applicazione di Check List	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento in un campione di almeno il 10% relativo al dato anno 2014	30/11/2015	Raggiunto	DMO	Risk Management

26	Monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	30/11/2015	Raggiunto	DMO	CC-ICA
27	Revisione della procedura di Appropriatezza della Chemioprolifassi nelle attività chirurgiche	Redazione della procedura	30/11/2015	Raggiunto	DMO	CC-ICA
28	Applicazione procedura sistema di monitoraggio dei Microrganismi Alert con rispetto degli indicatori previsti dalla procedura Aziendale	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	30/11/2015	Raggiunto	DMO	CC-ICA
29	Monitoraggio Check List cartacea di tutte le Sale Operatorie	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	30/12/2015	Raggiunto	SAPS	Risk Management
30	Organizzazione della "Conferenza annuale 2015 sul Rischio Clinico" finalizzata ad una discussione interattiva sugli eventi avversi più interessanti rappresentati dalle singole UO Sanitarie Ospedaliere e Territoriali	Realizzazione della Conferenza assicurando la partecipazione di almeno il 50% delle UO Sanitarie	31/12/2015	Raggiunto	Formazione	Risk Management
31	Eventi formativi a supporto dell'implementazione degli strumenti necessari all'analisi e alla valutazione dei rischi specifici di corruzione e all'individuazione degli interventi volti a prevenirla	n. 3 Eventi formativi rivolti alle strutture Aziendali a Basso - Medio - Alto Rischio. Formazione del 20% del personale	31/12/2015	Parzialmente Raggiunto 2 eventi formativi a copertura del 10% del personale	Formazione	AA.GG. e Legali
32	Attività di reportistica sul fenomeno dei sinistri con individuazione delle tipologie di sinistro assemblate per cause di sinistro, strutture di accadimento ecc..., e qualsiasi altro elemento utile per una lettura puntuale del dato comprensivo anche del trend del quinquennio 2011-2015	Report annuale	31/12/2015	Raggiunto	Affari Generali e Legali	Risk Management

33	Implementazione della appropriatezza degli oneri economici aziendali – Gestione Sinistri –	Almeno il 20% di sinistri chiusi* nell'anno su sinistri aperti nell'anno *si intende la definizione dell'istruttoria sia ammva che Med Legale	31/12/2015	Raggiunto	Affari Generali e Legali	Risk Management
34	Analisi di tutti i reclami (esterni ed interni) con analisi dei dati nel triennio e contestuale analisi delle criticità rilevate con proposta delle azioni di miglioramento.	Report annuale, comparazione dei dati nel triennio dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento al Risk Management con comparazione dei dati nell'ultimo triennio	31/12/2015	Raggiunto	URP	Risk Management
35	Revisione percorsi clinico organizzativi con mappatura dei Rischi specifici e generici sul k Tiroideo e Melanoma	Realizzazione di n. 2 percorsi clinici	31/12/2015	Raggiunto	ACESIS	
36	Implementazione e monitoraggio applicazione procedura cadute con Check predefinita e indagine conoscitiva	Valutazione di almeno il 30% delle cadute anno 2015	31/12/2015	Raggiunto	Risk Management	
37	Monitoraggio del Piano sulla scorta delle indicazioni Regionali	Relazione sui monitoraggi	31/12/2015	Raggiunto	Risk Management	
38	Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella –Scheda A	Corretta alimentazione flussi SIMES secondo il protocollo ministeriale degli eventi sentinella	Rispetto delle scadenze di inserimento previste dal Ministero	Raggiunto	Risk Management	

39	Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella- Scheda B	Corretta alimentazione flussi SIMES secondo il protocollo ministeriale degli eventi sentinella	Rispetto delle scadenze di inserimento previste dal Ministero	Raggiunto	Risk Management	
40	Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella - Piani di Miglioramento	Corretta alimentazione flussi SIMES secondo il protocollo ministeriale degli eventi sentinella	Rispetto delle scadenze di inserimento previste dal Ministero	Raggiunto	Risk Management	

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che redige e promuove lo stesso tenendo in debito conto le Linee Guida Regionali;
- quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a fornire direttive (piano budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e relative risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARM.

Azione	UOSD Risk Management e Qualità	Direttore Generale	Direttore Sanitario Aziendale	Direttore Amministrativo Aziendale	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione PARM e proposta di delibera	R	C	C	C	
Adozione PARM con delibera	I	R	C	C	
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

Relativamente alla **Matrice delle Responsabilità** delle singole azioni previste nel PARM 2016, vengono indicate le **Strutture Responsabili** e le **Strutture Coinvolte** di volta in volta sulle singole azioni da porre in essere.

3. OBIETTIVI

per l'anno 2016 la Regione con nota "Elaborazione e adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016" pervenuta via PEC in data 25/07/2016 prot. 40003 ha indicato le nuove Linee Guida per la redazione del PARM, da inviare entro il 15/09/2016, identificando gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività aziendali da implementare nel corso dell'anno

Gli obiettivi identificati per il 2016 sono i seguenti:

1. **Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure".**
2. **Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.**
3. **Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.**
4. **Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management.**

Di seguito si individuano diverse linee di attività in riferimento ai singoli obiettivi declinati secondo le peculiarità e le necessità dell'Azienda e in modo da dare continuità alle attività già previste e realizzate nei precedenti PARM (2014-2015).

Obiettivo n.1: "Diffondere la cultura della sicurezza delle cure"

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** Progettazione e realizzazione del corso di formazione "*Il SWR come strumento di analisi e di gestione del rischio clinico*"
- **Attività b:** Progettazione e realizzazione del corso di formazione "*Compilazione e valutazione della cartella clinica: requisiti di qualità e profili di responsabilità*"
- **Attività c:** Progettazione ed organizzazione della "*Conferenza annuale 2016 sul Rischio Clinico*"
- **Attività d:** Partecipazione attiva da parte del Risk Management ai corsi di formazione aziendale in cui veicolare le tematiche inerenti il rischio clinico.



13

Obiettivo n. 2: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi",

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** Redazione di un "Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione", Implementazione e monitoraggio delle azioni individuate per l'anno 2016.
- **Attività b:** Attività di coordinamento del Piano Attuativo Aziendale Progetto 7.3 Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici (Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018).
- **Attività c:** Implementazione sistema di controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
- **Attività d:** Attività di analisi e monitoraggio relativa a:
 - Eventi sentinella
 - Segnalazioni di Incident Reporting
 - Cadute
 - Sinistri aziendali
 - Reclami
 - Infortuni

Obiettivo n. 3: "Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture"

Per questo obiettivo è stata prevista la seguente attività:

- **Attività a:** Definizione Piano di attività per la gestione dei rischi aziendali in una prospettiva integrata e sistemica

Obiettivo n.4: Partecipazione alle attività Regionali in tema di Risk Management”,

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** Progetto “Gestione Rischio Clinico nel Penitenziario” (Delibera ASL RMB n. 228 del 15/6/2015 “Protocollo di intesa tra le direzioni generale delle Aziende Asl Roma A, Roma B, Roma F, Roma H, Frosinone, Latina, Rieti in materia di assistenza alle popolazione detenute nel territorio regionale del Lazio e nello specifico sviluppo del progetto di implementazione del sistema di gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari del Lazio”)
- **Attività b:** Progetto Gruppo di Lavoro Regionale Consenso Informato / Cartella clinica (Determina Regione Lazio n. G14486 del 24/11/2015).

4. ATTIVITÀ

In questa sezione sono dettagliatamente illustrate le linee di attività individuate e in dettaglio indicati standard e matrice delle responsabilità, Strutture Responsabile e Strutture Coinvolte.

Obiettivo n.1: “DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE”

Come già riportato questo obiettivo viene declinato nelle seguenti 4 Linee di Attività che di seguito vengono dettagliate:

Ob. 1 - Attività a: Progettazione e realizzazione del corso di formazione “Il SWR come strumento di analisi e di gestione del rischio clinico”

Nel 2015 è stato realizzato il corso di formazione base sul SWR ed in seguito organizzati due Safety Walkaround (SWR), previsti nel PARM Aziendale, nelle Unità Operative di Ortopedia e Traumatologia e nell'area di Long Surgery, per identificare con il personale, i problemi relativi al rischio clinico.

Da tali esperienze oltre alla individuazione delle attività previste nei piani di miglioramento individuati, ne è derivata una ipotesi di lavoro da implementare nel PARM 2016 con la

realizzazione di SWR integrato ad attività formative secondo il modulo di *“formazione sul campo”*. Tale progetto che verrà accreditato ECM è finalizzato ad implementare una cultura degli operatori in merito alla sicurezza delle cure, legandolo fortemente al contesto in cui gli stessi operano, richiedendo in particolare una forte presenza sia del Responsabile della Unità Operativa oltre che del Coordinatore e del Facilitatore.

Questa nuova modalità formativa, che è stata selezionata come argomento di interesse e presentata al 10° Forum di Risk Management del 2015 ad Arezzo, è stata inserita nel piano formativo annuale del 2016.

Ob. 1 - Attività a: Progettazione e realizzazione del corso di formazione <i>“ Il SWR come strumento di analisi e di gestione del rischio clinico”</i>		
Indicatore: Realizzazione di almeno n. 1SWR		
Standard: 100%		
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità		Scadenza: 30/11/2016
Matrice delle Responsabilità		
Azione	UOSD RISK Management e Qualità	UOS Svil. Comp. Formazione
Progettazione del Corso	R	
Accreditamento ed organizzazione del corso	C	R
Esecuzione del corso di formazione	R	C

Ob. 1 - Attività b: Progettazione e realizzazione del corso di formazione “Compilazione e valutazione della cartella clinica: requisiti di qualità e profili di responsabilità”

La linea di attività relativa alla **Qualità della documentazione Sanitaria** già avviata nei precedenti anni, nel corso dell'anno 2015 aveva focalizzato l'attenzione sulle seguenti azioni:

- Predisposizione di apposite check list di valutazione dei requisiti minimi sia di qualità che di completezza della documentazione sanitaria. Questi strumenti sono stati utilizzati come griglie di valutazione per un attività congiunta di monitoraggio della documentazione sanitaria relativa all'anno 2015, con la Direzione Medica di presidio, il Servizio Aziendale Professioni Sanitarie (SAPS) e la UOSD Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari (UOSD ACeSIS).

L'attività di valutazione del campione di cartelle cliniche ha condotto alla redazione di relativo report trasmesso alla Direzione Generale Aziendale, sulle criticità evidenziate e su ipotesi di future attività finalizzate al raggiungimento degli standard qualitativi della documentazione sanitaria.

- Inoltre l'Azienda ha aderito al Progetto Regionale, coordinato dal Policlinico Umberto I “La valutazione della Qualità della Cartella Clinica, come strumento di Risk Management” (Delibera Regione Lazio N. 513659 del 28 settembre 2015), partecipando con le UOSD Risk Management e Qualità, Direzione Medica di presidio, Servizio Aziendale Professioni



Sanitarie (SAPS) e la UOSD Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari (UOSD ACeSIS) alla fase formativa ed attuando nel corso del primo trimestre del 2016, la valutazione di un campione di cartelle cliniche mediante l'applicazione della griglia di valutazione prevista e validata dal progetto regionale.

Sulla scorta delle attività già intraprese nell'anno precedente e al fine di avviare un percorso fattivo di miglioramento, è stata progettata e organizzata nel **2016** una specifica **attività formativa**, rivolta ai Dirigenti medici, ai Coordinatori infermieristici ed ai Facilitatori di rischio clinico, (precedentemente formati attraverso attività formative che sono state sviluppate nel 2014-2015) per fine di favorire una maggior consapevolezza sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria e sulla valutazione interna della stessa.

Il corso di formazione la "compilazione e valutazione della cartella clinica: requisiti di qualità e profili di responsabilità", previsto in n. 2 giornate formative, è inserito nel piano formativo annuale del 2016.

Tale attività formativa si propone inoltre di promuovere tutte quelle indicazioni che saranno in linea con le Linee di Indirizzo Regionale relative al "**Consenso Informato / Cartella clinica**" e di cui il Risk Manager di questa Azienda è stato incaricato di svolgere la funzione di coordinamento del relativo Gruppo di lavoro individuato (Determina Regione Lazio n. G14486 del 24/11/2015).

Ob. 1 - Attività n. b: Progettazione e realizzazione del corso di formazione " Compilazione e verifica della cartella clinica: requisiti di qualità e profili di responsabilità "		
Indicatore: Realizzazione di almeno n. 2 eventi formativi con coinvolgimento di almeno il 70% del personale individuato.		
Standard: 100%		
Struttura Responsabile UOSD Risk Management e Qualità		Scadenza: 31/07/2016
Matrice delle Responsabilità		
Azione	UOSD RISK Management e Qualità	UOS Svil. Comp. Formazione
Progettazione del Corso	R	
Organizzazione del corso	C	R
Esecuzione del corso di formazione	R	C

Ob. 1 - Attività c: Progettazione ed organizzazione della "CONFERENZA ANNUALE 2016 SUL RISCHIO CLINICO".

Tale conferenza è finalizzata a realizzare una occasione di informazione e confronto relativamente alle attività poste in essere in Azienda in riferimenti ai vari aspetti che impattano sulla sicurezza sistemica. Le varie componenti Aziendali impegnate in questo versante sono chiamate a fornire i dati di attività, in una ottica di Analisi e di confronto con i dati degli anni precedenti. Come ormai da due anni anche nel 2016 la "Conferenza Annuale per il rischio clinico", si configura quale evento dedicato alla intera organizzazione aziendale che tratta di tematiche della qualità e sicurezza delle cure della ASL Rieti, attraverso l'interazione tra relatori e uditori e quale utile momento per un confronto e conoscenza delle iniziative.



Obiettivi della giornata sono:

- a. favorire la comunicazione e lo scambio esperienziale, al fine di incrementare la conoscenza di buone prassi;
- b. dare evidenza agli Operatori, degli obiettivi di qualità conseguiti nell'applicazione delle buone pratiche applicate nella nostra Azienda,
- c. Informazione sugli obiettivi del PARM, indicatori e azioni di miglioramento poste in essere;
- d. Approfondimento sulle attività di tutte le "sicurezze" aziendali e della loro interferenza;
- e. Approfondimento sui dati relativi alle attività del Comitato Controllo-Infezioni Correlate all'Assistenza;
- f. Approfondimento sui dati dei Reclami.
- g. Approfondimento sui rischi legati all'utilizzo dei farmaci e della appropriatezza prescrittiva.
- h. Approfondimento sulla sinistrosità aziendale e sugli strumenti e metodi per la gestione del processo di ristoro del danno, con particolare attenzione agli aspetti assicurativi e medico legali.

Ob. 1 - Attività c: Progettazione e realizzazione della "Conferenza annuale 2016 sul Rischio Clinico" finalizzata ad un discussione interattiva sui diversi aspetti della sicurezza aziendale e presentazione dei casi più interessanti rappresentati dalle singole UO Sanitarie Ospedaliere e Territoriali.		
Indicatore: Realizzazione della Conferenza assicurando la partecipazione di almeno il 50% delle UO Sanitarie		
Standard: 100%		
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità		Scadenza: 31/12/2016
Matrice delle Responsabilità		
Azione	UOSD RISK Management e Qualità	UOS Svil. Comp. Formazione
Progettazione della Conferenza	R	
Organizzazione della Conferenza	C	R
Realizzazione della Conferenza	R	C

Ob. 1 - Attività d: Attività di formazione specifica indirizzata a tutto il personale per garantire una sempre più capillare diffusione della cultura sulla gestione del rischio attraverso sessioni dedicate all'interno degli eventi formativi aziendali organizzate da altre strutture Aziendali in raccordo con il Risk Management.

In continuità con quanto già previsto nel PARM 2015 anche nel corso del 2016 al fine di favorire una diffusione capillare delle attività correlate alla gestione del Risk Management è stata prevista il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità all'interno di corsi di Formazione Aziendali organizzati da altre strutture (Servizio Infermieristico, Direzione Medica Ospedaliera, UU.OO Ospedaliere). Tale attività si pone come obiettivo "una diffusione costante e capillare delle attività messe in campo e delle necessità del coinvolgimento di tutti gli operatori per garantire il



raggiungimento di obiettivi strategici della Direzione Aziendale” in tema di gestione del Rischio Clinico. Nello specifico i corsi formalmente organizzati per i quali è stata prevista la partecipazione della UOSD Risk Management e Qualità sono i seguenti:

- *Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. Diagnosi infermieristiche e pianificazione assistenziale, organizzato dal SAPS*
- *Appropriatezza diagnostica e terapeutica dell'insufficienza respiratoria: dal territorio all'area ospedaliera per intensità di cura, organizzato dalla UOC PNEUMOLOGIA*

Ob. 1 - Attività d: Attività di formazione specifica indirizzata a tutto il personale per garantire una sempre più capillare diffusione della cultura sulla gestione del rischio attraverso sessioni dedicate all'interno degli eventi formativi aziendali organizzate da altre strutture Aziendali in raccordo con il Risk Management.			
Indicatore: Partecipazione agli eventi formativi da parte del Risk Management come Docente			
Standard: 100%			
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità		Scadenza: 31/12/2016	
Matrice delle Responsabilità			
Azione	UOSD RISK Management e Qualità	UOC SAPS	UOC PNEUMOLOGIA
Partecipazione in Qualità di docente al Corso organizzato dall' UOC Pneumologia: Appropriatezza diagnostica e Terapeutica dell'insufficienza Respiratoria: dal territorio alla'area ospedaliera	R		C
Partecipazione in Qualità di docente al Corso organizzato dall' UOC SAPS: Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. Diagnosi infermieristiche e pianificazione assistenziale	R	C	

OBIETTIVO N. 2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.

Come già riportato questo obiettivo viene declinato nelle seguenti 3 Linee di Attività che di seguito verranno dettagliate:

- **Attività a:** Redazione di un "Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione", Implementazione e monitoraggio delle azioni individuate per l'anno 2016.
- **Attività b:** Attività di coordinamento del Piano Attuativo Aziendale Progetto 7.3 Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici (Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018).
- **Attività c:** Implementazione sistema di controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Ob. 2 - Attività a: Implementazione delle azioni contenute nel "Progetto Aziendale Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione (L.d.P)".

L'esigenza di occuparsi di questo argomento nasce sia da un aumento della sensibilità di operatori ed utenti relativa al fenomeno delle L.d.P che dall'aumento del contenzioso, visto che questo tipo di patologia potrebbe determinare per l'Azienda un notevole costo economico oltre che problemi di "immagine esterna", che tradotto in grandezze misurabili va ad influire sui parametri di:

- **Aumento** della durata di degenza poiché la Lesione da Pressione, in quanto segnale di malessere generale *rallenta qualsiasi processo di guarigione.*
- **Diminuzione** della qualità delle cure assistenziali erogate dall'Azienda.
- **Aumentato carico di lavoro** per il personale con relativo incremento del rischio MMP.
- **Aumento delle richieste** di risarcimento.

Tutto quanto sopra si traduce con un aumento dei costi diretti ed indiretti sostenuti dall'Azienda.

Il progetto dell'Azienda si articola su due anni e prevede tre diverse fasi (A-B-C) le prime due da sviluppare nel corso del 2016, la terza relativa al monitoraggio e controllo della applicazione di quanto stabilito nel piano di miglioramento si concluderà entro il 2017.

- La fase A) prevede:
 - a. la raccolta ed elaborazione dei dati relativi al fenomeno LdP (Studio di prevalenza, sinistrosità...);
 - b. la formazione del personale nei diversi steep del progetto;
 - c. la revisione delle procedure esistenti;
 - d. l'elaborazione di strategie condivise con i diversi attori della sicurezza aziendale per gestire al meglio i rischi legati ad ambiente prodotti/attrezzature, operatori ed utenti.
- La fase B) prevede:
 - a. l'analisi dei dati e le successive proposte operative (piano di miglioramento di implementazione dei piani)
- La fase C) prevede:
 - a. il monitoraggio delle azioni definite e applicate secondo i piani di miglioramento.

Ob. 2 - Attivita a: Implementazione delle azioni contenute nel "Progetto Aziendale Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione								
Indicatore: Monitoraggio e realizzazioni delle azioni contenute nel progetto come definito nel cronoprogramma								
Standard: ≥80%								
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità						Scadenza: 31/12/2016		
Matrice delle Responsabilità								
Azione	UOC SAPS	UOC Direzione Medica	UOSD Risk Man e Qual.	UOS Formazione	UOC Acquisti Beni e Servizi	UOC Farmacia Osped. e Territ.	UOSD AA.GG. Legali	Coordinamento aziendale per la gestione dei rischi (CGRA)
Realizzazione Studio di prevalenza delle lesioni da pressione	R	C	I					
Nomina di un Case manager aziendale per la gestione ed il controllo delle LDP	R	C	I					
Progettazione e realizzazione di almeno 2 corsi di formazione ECM sulle LdP	R	C	C	C				
Accreditamento corsi di formazione sulle LdP	C	C	C	R				
Revisione della documentazione aziendale per la prevenzione e cura delle "lesioni da Pressione"	R	R	C		C	C		
Ricognizione e valutazione dei presidi "antidecubito" presenti in azienda			I		R			
Elaborazione reportistica sui consumi , relativi agli ultimi 2 anni, di medicazioni avanzate			I			R		
Elaborazione reportistica sui sinistri denunciati ed i risarcimenti riconosciuti ai paziente con LdP			I				R	
Valutazione multidisciplinare del problema all'interno del Coordinamento aziendale per la gestione dei rischi in (CGRA)			R					R

Ob. 2 - Attività b: Attività di coordinamento del Piano Attuativo Aziendale Progetto 7.3 Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici (Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018).

E' stata affidata alla UOSD Risk Management Qualità ed Accreditamento la linea di attività sul "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza – Monitoraggio sulle antibiotico-terapia", nell'ambito del Piano Regionale 2014/2018.

Questa linea di attività dovrà essere sviluppata in Azienda nei prossimi tre anni, in maniera integrata con le diverse funzioni che verranno interessate e secondo il mandato, gli obiettivi e le tempistiche che sono indicate nel Piano Operativo Regionale recepito in Azienda con il Piano Attuativo.

Ob. 2 - Attività b: : Attività di coordinamento del Piano Attuativo Aziendale Progetto 7.3 Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici (Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018) e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati ai Dirigenti dei centri di attività					
Indicatore: Soddisfazione degli adempimenti contenuti nel Piano Attuativo Aziendale sulla scorta delle indicazioni regionali.					
Standard: ≥85%					
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità				Scadenza: 15/01/2017	
Matrice delle Responsabilità					
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	UOC DMO	Presidente CC-ICA	UOC Sviluppo Strategico ed Organizzativo	UU.OO. Ospedaliere e Territoriali individuate
Inserimento di obiettivi inerenti la prevenzione, controllo e gestione delle ICA nell'assegnazione degli obiettivi di budget ai Dirigenti dei centri di attività	R		C	C	
Inserimento di obiettivi inerenti il monitoraggio dell'uso di antibiotici nell'assegnazione degli obiettivi di budget ai Dirigenti dei centri di attività	R		C	C	
Compilazione dei questionari inviati dal Referente Regionale in collaborazione con i referenti delle strutture e dei servizi dell'Azienda di competenza rispettando le scadenze indicate dalla Regione	C	C	R		
Controllo e trasmissione dei questionari alla Regione Lazio	R		C		
Promozione della partecipazione degli operatori individuati alle attività di informazione/formazione regionale/nazionale degli operatori sull'uso di antibiotici e mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA a seguito di indicazioni Regionali	R	C	C		
Definizione gruppo operativo aziendale per l'uso responsabile degli antibiotici	R	I	C		
Identificazione del medico referente esperto in antibioticoterapia	R	I	C		
Report -rispetto degli obiettivi di budget relativi al P.A.A. assegnati alle UU.OO Chirurgiche, Mediche e Servizi (fonte schede di Budget 2016 negoziate)	R			C	C

Gli obiettivi assegnati alle diverse UU.OO PER IL 2016 sono i seguenti:

OBIETTIVI DI BUDGET ASSEGNATI ALLE UU.OO			
OBIETTIVO	INDICATORE	SCADENZA	Strutture Coinvolte
Struttura Responsabile: UOC LABORATORIO ANALISI- MICROBIOLOGIA			
Monitoraggio andamento della sorveglianza dei Microrganismi Alert e mappe di resistenza dall'attivazione del software da parte del SICO	Report	31/12/2016	Presidente CC-ICA
Struttura Responsabile: UOC FARMACIA			
monitoraggio sul corretto utilizzo del modulo di richiesta motivata di antibiotico per singolo paziente da parte delle UU.OO.	Report semestrale sul corretto utilizzo del modulo di richiesta motivata di antibiotico	31/12/2016	Presidente CC-ICA
Struttura Responsabile: UOC SAPS			
Monitoraggio applicazione "Procedura di profilassi antibiotica in chirurgia"	valutazione del 5% delle cartelle chirurgiche (II Semestre 2016) e Report dei dati con evidenza delle criticità	30/12/2016	DMO, UU.OO Chirurgiche
Struttura Responsabile: UU.OO DIPARTIMENTO MEDICO, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA E PNEUMOLOGIA			
Rispetto procedura aziendale per la "Sorveglianza e controllo e la prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero"	N. Scheda Rilevazione Germe Alert/N. segnalazioni Alert da parte del Laboratorio analisi-Microbiologia	31/12/2016	Presidente CC-ICA
Struttura Responsabile: UU.OO DIPARTIMENTO CHIRURGICO			
Rispetto procedura aziendale "Procedura di profilassi antibiotica in chirurgia"(a partire dall'approvazione della Procedura Aziendale).	N. schede di richiesta motivata di antibiotici/n. terapia antibiotiche richieste	31/12/2016	Presidente CC-ICA
Utilizzo del modulo di richiesta motivata di antibiotico per singolo paziente (a partire dall'approvazione dello specifico modulo).	Pazienti a cui è stata prescritta la profilassi secondo procedura/Totale dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico	31/12/2016	Presidente CC-ICA
Struttura Responsabile: U.O.C ANESTESIA E RIANIMAZIONE			
Sorveglianza attiva (tampone rettale/copro coltura) nei pazienti ricoverati	N. tamponi rettali/ coproculture per CPE richiesti su pazienti ricoverati/N. ricoveri annui nei medesimi reparti	31/12/2016	Presidente CC-ICA
Struttura Responsabile: U.O.C ONCOLOGIA MEDICA			
Rispetto procedura aziendale per la "Sorveglianza e controllo e la prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero"	N. Scheda Rilevazione Germe Alert/N. segnalazioni Alert da parte del Laboratorio analisi-Microbiologia	31/12/2016	Presidente CC-ICA
Sorveglianza attiva (tampone rettale/copro coltura) nei pazienti ricoverati	N. tamponi rettali/ coproculture per CPE richiesti su pazienti ricoverati/N. ricoveri annui nei medesimi reparti	31/12/2016	Presidente CC-ICA



Ob. 2 - Attività c Implementazione sistema di controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Nel corso del 2015 l'azienda si è impegnata molto sul tema delle ICA inserendo sia nel PARM una specifica linea di attività che obiettivi *ad hoc* nelle schede di Budget di diverse funzioni aziendali.

Le attività previste e realizzate nel corso dell'anno 2015 sono state le seguenti:

- 1. Redazione ed implementazione della "Procedura per la sorveglianza il controllo e la prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero" e diffusione della stessa attraverso l'organizzazione di incontri formativi agli operatori, finalizzati alla corretta applicazione della procedura stessa.**
- 2. Redazione della procedura aziendale sulla corretta sorveglianza delle Infezioni del sito chirurgico.**
- 3. Redazione della procedura Aziendale sull'Antibioticoprofilassi in chirurgia nella pratica chirurgica.**

Le linee di attività previste per il 2016 sono in continuità con quelle già poste in essere nel 2015 e con le azioni previste nel Piano Attuativo Aziendale del Progetto Regionale 7.3 "*Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza – Monitoraggio sulle antibiotico-terapia*", nell'ambito del Piano Regionale Prevenzione 2014/2018.

Si è ritenuto quindi utile focalizzare l'attenzione sugli aspetti relativi al corretto monitoraggio della Procedura Aziendale per la "Sorveglianza e controllo e la prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero" già adottata al fine di verificare eventuali criticità ed apportare eventuali correttivi oltre che a monitorare i germi Alert.



Ob. 2 - Attività c: Implementazione Sistema di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza							
Indicatore: Report sulle attività effettuate con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento							
Standard: SI							
Strutture Responsabili: UOC DMO –UO Lab.Analisi e UOC Farmacia						Scadenza: 31/12/2016	
Matrice delle Responsabilità							
Azione	UOC DMO	Presidente CC-ICA	UOC SAPS	UOSD Risk Management e Qualità	U.O. Lab. Analisi	UOC Farmacia Osped. e Territ.	UOC ISP
Approvazione procedura Aziendale sulla corretta sorveglianza delle infezioni sito chirurgico.	R			C			
Approvazione procedura Aziendale sull'antibiotico profilassi	R			C			
Azioni previste nel Piano Attuativo Aziendale del "Progetto 7.3 Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici": - Studio di prevalenza infezioni da multi resistenti nei pazienti ricoverati in area medica, chirurgica e critica	R	C	C	I			
Vigilanza e monitoraggio della corretta segnalazione dei Germi Alert da parte delle UU.OO	R	I		I	C		
Garanzia del corretto flusso di notifica delle CPE, come da circolare Ministeriale del 26-02-2013) di competenza della DMO	R	I		I			
Garanzia del corretto flusso di notifica delle CPE, come da circolare Ministeriale del 26-02-2013) di competenza del Laboratorio Analisi	C	I			R		
Monitoraggio andamento della sorveglianza dei microrganismi alert	C	I		I	R		
Monitoraggio consumo quali-quantitativo degli antibiotici e della loro appropriatezza correlandola con l'andamento della sorveglianza dei microrganismi alert e relativi costi	I	I		I	C	R	
Redazione del piano annuale per le ICA come da indicazioni Regionali (CC-ICA)	R	C	C	C	C	C	
Invio alla Regione delle schede di notifica delle Batteriemie CPE	C			I			R

Ob. 2 - Attività di monitoraggio e analisi relativa a:

- **Segnalazioni di Incident Reporting**
- **Eventi sentinella**
- **Cadute**
- **Sinistri aziendali**
- **Reclami**
- **Infortuni**

Nel corso del 2015 in merito a tale attività le azioni svolte sono state le seguenti azioni:

- *Analisi delle segnalazioni di Incident Reporting e organizzazione di audit per l'analisi degli eventi avversi/sentinella:* nel corso dell'anno sono stati realizzati numerosi Audit sugli eventi avversi più rappresentativi segnalati, durante i quali sono state discusse con gli operatori le problematiche presenti all'interno del reparto e sono stati condivisi ed elaborati dei piani di miglioramento le cui azioni sono costantemente monitorate.
- *Attività di monitoraggio dei piani di miglioramento per eventi sentinella:* le attività previste nei piani di miglioramento relativi ad eventi sentinella auditati nel corso dell'anno, sono state monitorate per quanto relativo allo stato di attuazione e al rispetto della tempistica, con azioni di sollecito finalizzate alla implementazione delle azioni previste.
- *Studio osservazionale delle cadute di pazienti in ospedale:* è stato effettuato uno studio osservazionale relativo al periodo gennaio - settembre 2015, degli eventi caduta di pazienti, nelle unità operative della ASL Rieti. Lo studio si è avvalso delle informazioni emerse dalle "schede di segnalazione caduta" e dalla applicazione di un format di "rilevamento evento caduta" applicato ad ogni singola caduta.

Lo studio ha permesso una mappatura puntuale delle criticità, l'individuazione di ambiti di miglioramento con relativi progetti di attività, alcuni dei quali integrati nelle attività previste per il 2016.

- *Raccolta e analisi tempestiva di reclami, contenzioso, altre segnalazioni:* l'analisi di questi dati ha permesso una identificazione "ex post" delle aree di maggiore criticità presenti in azienda.
- *Reportistica sugli infortuni occorsi in azienda nel corso del 2015:* fornito dalla UOSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.

Per l'anno 2016 le attività previste sono le seguenti:

- *Strutturazione di un sistema di reportistica più solido e integrato.*



- Prosecuzione delle attività di monitoraggio poste già in essere.
- Realizzazioni di azioni integrate per la gestione delle segnalazioni

Ob. 2 - Attività d: Attività di monitoraggio e analisi relativa a:				
<ul style="list-style-type: none"> - Eventi sentinella - Segnalazioni di Incident Reporting - Cadute - Sinistri aziendali - Reclami - Infortuni 				
Indicatore: Report annuale integrato sulle segnalazioni con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento				
Standard: si				
Strutture Responsabili: UOSD Risk Management e Qualità, UOS URP, UOSD AA.GG.e Legali, UOSD SPP			Scadenza: 31/12/2016	
Matrice delle Responsabilità				
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	UOSD AA.GG e Legali	UOSD Com.ne e Marketing (URP)	UOSD SPP
Attività di reportistica di - segnalazioni di incident reporting; - segnalazione di eventi sentinella; - segnalazione di cadute con analisi delle criticità presenti ed elaborazione di piani di miglioramento.	R			
Attività di reportistica sul fenomeno dei sinistri con individuazione delle tipologie di sinistro assemblate per cause di sinistro, strutture di accadimento ecc..., e qualsiasi altro elemento utile per una lettura puntuale del dato.	I	R		
Attività di reportistica di tutti i reclami (esterni ed interni) con analisi dei dati nel triennio e delle criticità rilevate con proposta delle azioni di miglioramento.	I	I	R	
Attività di reportistica di tutti gli infortuni (esterni ed interni), con analisi delle criticità rilevate e proposta delle azioni di miglioramento per la riduzione degli stessi.	I			R



Obiettivo n. 3: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.

Ob. 3 - Attività a: Definizione attività per la gestione dei rischi aziendali in una prospettiva integrata e sistemica

Nel PARM 2015 è stata individuata una specifica linea di attività riguardante l' "Integrazione fra le diverse sicurezze aziendali " nella quale sono state previste e portate a termine le seguenti azioni:

- Istituzione del Coordinamento Aziendale per la gestione dei Rischi (CGRA), composto da
 - a. UOSD Risk Management e Qualità
 - b. UOSD SPPA
 - c. Medico Competente
 - d. Radioprotezione
 - e. UOC Tecnico Patrimoniale- Ingegneria Clinica
 - f. altre funzioni aziendali (esempio nella definizione di piani formativi verrà coinvolto l'Ufficio formazione, etc..) ritenute utili alla definizione dell'argomento trattato
- Elaborazione del Documento " Modalità operativa per il Coordinamento Aziendale per la gestione dei Rischi (CGRA)" la cui finalità è quella di promuovere la collaborazione di tutte le funzioni aziendali interessate alla gestione dei diversi rischi in un'ottica di sistema.

Le attività previste per il 2016 sono le seguenti:

- realizzazione di almeno due incontri del Coordinamento Aziendale per la gestione dei Rischi (CGRA) e predisposizione relazione conclusiva delle attività da presentare alla Direzione Strategica con indicazioni sugli elementi di maggior criticità e di priorità di intervento, individuati per le seguenti problematiche:
 - "**evento caduta paziente**": strategie condivise per contenimento con focus sugli elementi di interferenza;
 - "**prevenzione e gestione della Legionella nelle strutture della ASL di Rieti**:" redazione di un documento condiviso.

Ob. 3 - Attività a: Definizione attività per la gestione dei rischi aziendali in una prospettiva integrata e sistemica

Indicatore:

1. Organizzazione e realizzazione di due incontri nel corso del 2016 per definire e monitorare le attività per la gestione dei rischi aziendali;
- Predisposizione di una relazione conclusiva da presentare alla Direzione Strategica con indicazioni sugli elementi di maggior criticità e le priorità di intervento

Standard:

- ≥ 50% - Organizzazione e realizzazione di incontri nel corso del 2016;
- Predisposizione di una relazione conclusiva da presentare alla Direzione Strategica

Struttura Responsabile: UOSD Risk Management Qualità, UOSD SPPA, Medico Competente, Radioprotezione, UOC Tecnico Patrimoniale- Ingegneria Clinica

Scadenza:31/12/2016

Matrice delle Responsabilità

Azione	UOSD Risk Management e Qualità	Medico Competente	RSPP	UOC Tecnico Patrimoniale- Ingegneria Clinica	DMO	CGRA (Coordinamento Aziendale per la gestione dei Rischi)
Organizzazione di almeno due incontri nel corso del 2016 per definire e monitorare le attività per la gestione dei rischi aziendali	R					C
Approfondita valutazione dei rischi relativi a : - ambiente di lavoro - salute e sicurezza lavoratori; - attrezzature e presidi, - sicurezza paziente per la prevenzione e gestione delle cadute nelle UU.OO a maggior rischio	C	C	C	C	C	R
Redazione di un documento condiviso sulla prevenzione e gestione della Legionella nelle strutture della ASL di Rieti	C	C	C	C	C	R
Predisposizione di una relazione conclusiva da presentare alla Direzione Strategica con indicazioni sugli elementi di maggior criticità e di priorità di intervento.	R	C	C	C	C	C
Report alla Direzione Generale	R	C	C	C	C	C



OBIETTIVO N.4: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT.

- Le linee di attività, su mandato Regionale, sono le seguenti:

1. **Attività a:** Progetto "Gestione Rischio Clinico nel Penitenziario"
2. **Attività b:** Gruppo di Lavoro Regionale "Consenso Informato / Cartella clinica" (Determina Regione Lazio n. G14486 del 24/11/2015).

Ob. 4 - Attività a: Progetto "Gestione Rischio Clinico nel Penitenziario" (Delibera ASL RMB n. 228 del 15/6/2015 "Protocollo di intesa tra le direzioni generale delle Aziende Asl Roma A, Roma B, Roma F, Roma H, Frosinone, Latina, Rieti in materia di assistenza alle popolazione detenute nel territorio regionale del Lazio e nello specifico sviluppo del progetto di implementazione del sistema di gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari del Lazio")

Nel corso del 2015 su mandato della Regione è stato elaborato il piano operativo del progetto "gestione del rischio clinico negli Istituti Penitenziari" presentato e condiviso in sede di Tavolo Tecnico del Comitato di Coordinamento della Sanità Penitenziaria e presentato tra le attività della Regione Lazio, nel Forum di Risk Management di Arezzo nel 2015.

Il progetto è stato strutturato in due fasi, fase 1) e fase 2), così strutturate:

Fase 1: Fase Propedeutica

- Fase A:
 - individuazione e formazione dei referenti per la gestione del rischio clinico all'interno dell'istituto penitenziario
 - auto-valutazione del sistema di gestione del rischio clinico mediante l'utilizzo di una specifica check list per una prima fotografia del rischio e la contestuale rilevazione di Buone Pratiche e/o procedure in uso
- Fase B:
 - valutazione della percezione del rischio negli operatori mediante distribuzione e raccolta di un apposito questionario di indagine sulla cultura della "Patient Safety" negli istituti penitenziari

Fase 2: Sviluppo del progetto:

- introduzione di un sistema di incident reporting per implementare la cultura di apprendere dall'errore- gestione degli eventi avversi/sentinella e sinistrosità;
- mappatura dei rischi specifici mediante l'applicazione di strumenti di rilevazione del rischio, con particolare riferimento al Safety Walk Round, o mediante l'analisi dei processi prioritari con il metodo HFMEA e l'attivazione di azioni di miglioramento;
- diffusione di buone pratiche tecniche professionali e di procedure per la gestione del rischio clinico.

Per l'applicazione della fase 1 sono state svolte sia le attività informative, sia la programmazione e realizzazione del relativo percorso formativo che si è svolto in tre edizioni indirizzate ai referenti del rischio clinico individuati all'interno dei diversi Istituti Penitenziari.

Tale formazione è stata mirata all'acquisizione delle competenze per l'applicazione della predisposta check list di rilevazione del sistema di gestione del rischio all'interno degli Istituti di Pena, e per la somministrazione e raccolta di un questionario per la rilevazione della cultura del rischio clinico negli operatori sanitari che a vario titolo prestano la loro opera nei Penitenziari.

Nel 2016 verrà completata la Fase 1 del progetto che prevede:

1. acquisizione di tutte le schede di rilevazione;
2. raccolta, elaborazione dati in collaborazione con l'istituto di Igiene ed Epidemiologia dell'Università di Roma Tor Vergata;
3. valutazione congiunta dei dati con individuazione delle macrocriticità ed eventuali punti di forza;
4. Presentazione dei dati al Tavolo di Coordinamento per condivisione, sviluppo, azioni successive (eventuale workshop regionale, modalità di raccordo con altri tavoli regionali attivati sulle tematiche specifiche, ecc.);
5. Trasmissione risultanze dati alle Aziende coinvolte.

Ob. 4 - Attività a: Progetto "Gestione Rischio Clinico nel Penitenziario" (Delibera ASL RMB n. 228 del 15/6/2015 "Protocollo di intesa tra le direzioni generale delle Aziende Asl Roma A, Roma B, Roma F, Roma H, Frosinone, Latina, Rieti in materia di assistenza alle popolazione detenute nel territorio regionale del Lazio e nello specifico sviluppo del progetto di implementazione del sistema di gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari del Lazio")				
Indicatore: Presentazione dei dati al Tavolo di Coordinamento per condivisione, sviluppo, azioni successive (eventuale workshop regionale, modalità di raccordo con altri tavoli regionali attivati sulle tematiche specifiche, ecc.);				
Standard: SI				
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità			Scadenza: 31/12/2016	
Matrice delle Responsabilità				
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	Tutte le aziende coinvolte nel progetto	Tavolo Coordin. Regionale	Università
Acquisizione di tutte le schede di rilevazione	R	C	I	I
Elaborazione dati in collaborazione con l'istituto di Igiene ed Epidemiologia dell'Università di Roma Tor Vergata	C	I	I	R
Valutazione congiunta dei dati ed elaborazione di un report	R	I	I	C
Trasmissione risultanze dati alle Aziende coinvolte	R	I	I	I
Presentazione dei dati al Tavolo di Coordinamento per condivisione azioni successive	R	I	I	C

**Ob. 4 - Attività b: Progetto Gruppo di Lavoro Regionale Consenso Informato /
Cartella clinica (Determina Regione Lazio n. G14486 del 24/11/2015).**

Le azioni poste in essere nel corso del 2016 sono le seguenti:

1. Coordinamento di un Gruppo regionale per la definizione di un documento di indirizzo da proporre alla Regione per la successiva adozione che definisca i criteri da rispettare per la costruzione di un consenso informato esaustivo/valido e definizione di un documento di indirizzo che definisca i criteri minimi di qualità della cartella clinica. Il documento dovrà anche esplicitare i profili di responsabilità della corretta compilazione della CC (sottolineandone il valore documentale di atto *fide facente*) e le possibili conseguenze legate alla mancata/parziale applicazione di documenti/checklist/modelli adottati a livello aziendale, ove questo avvenga senza valida e documentata motivazione.
2. Realizzazione del Documento di indirizzo da proporre alla Regione per la sua formale adozione.

Ob. 4 - Attività b: Coordinamento del Gruppo di Lavoro Regionale sul Progetto Gruppo di Lavoro Regionale Consenso Informato / Cartella clinica (Determina Regione Lazio n. G14486 del 24/11/2015).		
Indicatore: Proposta di un documento di indirizzo regionale sul "Consenso Informato / Cartella clinica"		
Standard: 100%		
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità		Scadenza: 31/07/2016
Matrice delle Responsabilità		
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	Gruppo di Lavoro
Coordinamento Gruppo di Lavoro sulla scorta delle indicazioni regionali	R	C
Realizzazione del Documento di indirizzo da proporre alla Regione	C	R



PROGETTO QUALIFICANTE:

SPERIMENTAZIONE PROGETTO QUALIFICANTE MODELLO CARTELLA CLINICA UMANIZZATA PRESSO LA UOC RADIOTERAPIA

L'adesione al progetto " Cartella Clinica Umanizzata" si inserisce a pieno titolo fra le azioni di miglioramento di Risk Management per tutte le ricadute sia in termini di qualità dell'assistenza che nella possibile ricaduta positiva sulla contrazione dei contenziosi.

I racconti e le storie personali dei pazienti, scritte di loro pugno, inseriti in cartella clinica alla stessa stregua di esami ed anamnesi, è elemento di profonda umanizzazione delle cure riportando la attenzione sul fatto che la malattia è "un'astrazione", nel concreto esiste il malato, ossia l'uomo con tutto il suo universo di sentimenti. E non può esserci umanità nelle procedure se non c'è traccia dell'uomo nelle procedure.

Se il processo di assistenza nei confronti di una persona malata si deve evolvere, la motivazione che sta alla base di questa affermazione risiede nella constatazione che i professionisti sanitari fino ad oggi si sono sempre rivolti all'assistito avendo una comunicazione che risulta non adatta al fine ultimo di curare il paziente ma piuttosto la malattia. Per tale motivo l'umanizzazione della cartella clinica si espleta attraverso l'utilizzo del modello narrativo fornendo al professionista sanitario la conoscenza reale di ciò che prova il paziente. La storia di ciascuna persona permette di creare un ponte relazionale tra la personalità del professionista e quella del paziente medesimo, riuscendo a creare quella armonia necessaria per concretizzare il processo di cura, fondamentale per combattere la malattia.

Il modello riporta l'attenzione sulla concreta centralità del paziente nel processo di cura, il valore fondante della comunicazione nell'ottenimento dei risultati migliori.

La comunicazione "globale" quale strumento su cui modulare il cambiamento rafforzando il rapporto empatico con il paziente è l'elemento fondante per una ottimizzazione delle cure.

In sintesi la adesione al progetto si esprime con il convincimento di contribuire a raggiungere le seguenti finalità:

- valorizzazione dell'individualità dell'assistito
- accrescimento dell'accoglienza ospedaliera
- abbattimento dello stress da degenza
- costruzione di una nuova cultura della comunicazione medico-paziente
- costruzione della relazione empatica medico-paziente
- aumento della concordanza e dell'alleanza terapeutica
- potenziamento dell'efficacia delle cure
- abbattimento del contenzioso medico-paziente
- redazione di nuovi protocolli relazionali per l'ambito accademico
- rivalutazione mediatica e sociale della buona prassi in medicina

Verrà istituito un rapporto operativo fra la UOSD Risk Management e Qualità e la UOC Radioterapia al fine di dare seguito al progetto secondo modalità condivise prevedendo al 31/12/2016 una sintesi delle attività svolte, con una lettura dei primi risultati e la evidenza di eventuali criticità o suggerimenti nell'ottica del miglioramento del percorso intrapreso.



5. DIFFUSIONE

Al fine dello corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione.
- Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet Amministrazione Trasparente.
- Invio del PARM via email alle Direzioni di P.O. e di Distretto.
- Trasmissione via mail del PARM ai Facilitatori del Rischio Clinico.
- Iniziative di diffusione del PARM a tutti gli operatori attraverso i momenti di partecipazione del Risk Manager ai corsi aziendali organizzati internamente e che vedono il coinvolgimento dello stesso in qualità di Docente.
- Invio nota del Direttore Generale alle funzioni coinvolte con indicazione della attività da svolgere individuate all'interno del PARM 2016 e relative responsabilità.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determinazione 1 aprile 2014, n. G04112 Approvazione del documento recante: "LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA STESURA DEL PIANO DI RISK MANAGEMENT (PARM): GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)"
- Decreto del Commissario ad Acta (DCA) N. U00017 del 16/01/2015 Piano Regionale Prevenzione 2014-2018
- Determinazione B03509 dell'8.08.13 **Oggetto:** Regione Lazio - realizzazione del progetto "Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e prevenzione dei tentativi suicidari".
- Determina Regione Lazio n. G14486 del 24/11/2015
- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009 TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità

7. GLOSSARIO

Acronimo	Significato
UOC	Unità Operativa Complessa
UO	Unità Operativa
AA.GG e Legali	Affari Generali e Legali
ACESIS	Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari
DMO	Direzione Medica Ospedaliera
SAPS	Servizio Aziendale Professioni Sanitarie – Servizio Infermieristico
RSPP	Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione
SPP	Servizio Prevenzione e Protezione
SSO	Sviluppo Strategico e Organizzativo
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico

8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: “Risk Management e Qualità in Sanità- il problema degli errori”
Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge
2008 “Save Surgery Save Live”;
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, *Managing the risks of organizational accidents*, 1997;
5. Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
8. AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators;
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
9. Sito Web Aziendale ASL Rieti : <http://www.asl.rieti.it>
10. Deliberazione ASL Rieti n. 88/DG del 31.01.2014 – Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2014 - 2016;
11. Deliberazione ASL Rieti n. 91/DG del 31.01.2014 – Aggiornamento piano della prestazione e dei risultati 2014 – 2016;
12. Deliberazione ASL Rieti n. 242/DG del 23.05.2014 – Adozione Piano Annuale 2014 di Risk Management e Qualità;
13. Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 “Linee Guida Regionali per l’attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri;

14. Deliberazione ASL Rieti n° 69/DG del 11/02/2015 Costituzione Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS);
15. Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.



SOL.P.C. 12,06

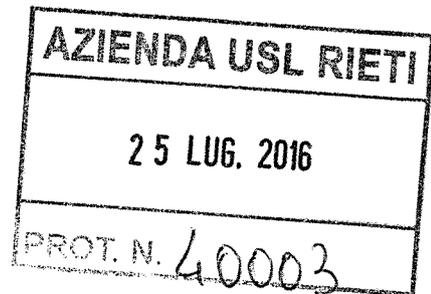
RISK MANAGEMENT
Cope DS
DG

Da: "Per conto di: areareteospedalieraericerca@regione.lazio.legalmail.it" <posta-certificata@legalmail.it>
Data: venerdì 22 luglio 2016 12:13
A: <protocolloinf@pec.asl-rme.it>; <protocollo.generale@pec.aslromab.it>; <direzione.generale@pec.aslromad.it>; <protocollo@pec.aslromad.it>; <protocollo@pec.aslrmf.it>; <protocollo@pec.aslromag.it>; <servizio.protocollo@pec.aslromah.it>; <prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it>; <asl.rieti@pec.it>; <protocolloaoo01@pec.ausl.latina.it>; <direzionegenerale@pec.aslfrosinone.it>; <direzionesanitaria@pec.aslfrosinone.it>; <direzione.sanitaria@pec.policlinicoumberto1.it>; <protocollo@ptvonline.postecert.it>; <protocollo.generale.gemelli@pec.it>; <SegreteriaDirezioneSanitaria@unicampus.it>; <ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it>; <protocollo_ao_scf@pec.it>; <protocollo.generale@pec.ospedalesantandrea.it>; <direzione.generale@pec.policlinicoumberto1.it>; <aoscamilloforlanini_dirgen@pec.it>; <protocollo.generale@pec.ospedalesantandrea.it>; <inmi@pec.inmi.it>; <dirgen@cert.ifo.it>; <dirsan@cert.ifo.it>; <dirsan@ares118.it>; <dirgen@ares118.it>
Cc: <ddilallo@regione.lazio.it>; <ezantedeschi@regione.lazio.it>; <emacci@regione.lazio.it>
Allega: postacert.eml; daticert.xml
Oggetto: POSTA CERTIFICATA: Elaborazione e adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016

Messaggio di posta certificata

Il giorno 22/07/2016 alle ore 12:13:27 (+0200) il messaggio "Elaborazione e adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016" è stato inviato da "areareteospedalieraericerca@regione.lazio.legalmail.it" indirizzato a:

- protocollo.generale@pec.aslromab.it
 - prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it
 - asl.rieti@pec.it
 - protocollo.generale@pec.ospedalesantandrea.it
 - protocollo@ptvonline.postecert.it
 - protocollo@pec.aslromag.it
 - dirsan@cert.ifo.it
 - ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it
 - protocollo@pec.aslrmf.it
 - direzione.sanitaria@pec.policlinicoumberto1.it
 - protocollo_ao_scf@pec.it
 - direzionesanitaria@pec.aslfrosinone.it
 - protocollo@pec.aslromad.it
 - servizio.protocollo@pec.aslromah.it
 - dirgen@cert.ifo.it
 - inmi@pec.inmi.it
 - protocolloaoo01@pec.ausl.latina.it
 - direzione.generale@pec.policlinicoumberto1.it
 - aoscamilloforlanini_dirgen@pec.it
 - direzione.generale@pec.aslromad.it
 - protocollo.generale.gemelli@pec.it
 - protocolloinf@pec.asl-rme.it
 - direzionegenerale@pec.aslfrosinone.it
 - segreteriairezionesanitaria@unicampus.it
 - dirsan@ares118.it
 - dirgen@ares118.it
 - ddilallo@regione.lazio.it
 - ezantedeschi@regione.lazio.it
 - emacci@regione.lazio.it
- Il messaggio originale è incluso in allegato.



Identificativo messaggio: 9B6CF768.00418310.12187206.2B098B3B.posta-certificata@legalmail.it

L'allegato datichert.xml contiene informazioni di servizio sulla trasmissione.

Certified email message

On 22/07/2016 at 12:13:27 (+0200) the message "Elaborazione e adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016" was sent by

"areareteospedalieraericerca@regione.lazio.legalmail.it" and addressed to:

protocollo.generale@pec.aslromab.it

prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

asl.rieti@pec.it

protocollo.generale@pec.ospedalesantandrea.it

protocollo@ptvonline.postecert.it

protocollo@pec.aslromag.it

dirsan@cert.ifo.it

ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it

protocollo@pec.aslrmf.it

direzione.sanitaria@pec.policlinicoumberto1.it

protocollo_ao_scf@pec.it

direzionesanitaria@pec.aslfrosinone.it

protocollo@pec.aslromad.it

servizio.protocollo@pec.aslromah.it

dirgen@cert.ifo.it

inmi@pec.inmi.it

protocolloaoo01@pec.ausl.latina.it

direzione.generale@pec.policlinicoumberto1.it

aoscamilloforlanini_dirgen@pec.it

direzione.generale@pec.aslromad.it

protocollo.generale.gemelli@pec.it

protocolloinf@pec.asl-rme.it

direzionegenerale@pec.aslfrosinone.it

segreteriaadirezionesanitaria@unicampus.it

dirsan@ares118.it

dirgen@ares118.it

ddilallo@regione.lazio.it

ezantedeschi@regione.lazio.it

emacci@regione.lazio.it

The original message is attached.

Message ID: 9B6CF768.00418310.12187206.2B098B3B.posta-certificata@legalmail.it

The datichert.xml attachment contains service information on the transmission

Da: "Area rete ospedaliera e ricerca" <areareteospedalieraericerca@regione.lazio.legalmail.it>
Data: venerdì 22 luglio 2016 12:03
A: <protocolloinf@pec.asl-rme.it>; <protocollo.generale@pec.aslromab.it>;
<direzione.generale@pec.aslromad.it>; <protocollo@pec.aslromad.it>; <protocollo@pec.aslrmf.it>;
<protocollo@pec.aslromag.it>; <servizio.protocollo@pec.aslromah.it>;
<prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it>; <asl.rieti@pec.it>; <protocollo0001@pec.ausl.latina.it>;
<direzione.generale@pec.aslfrosinone.it>; <direzionesanitaria@pec.aslfrosinone.it>;
<direzione.sanitaria@pec.policlinicoumberto1.it>; <protocollo@ptvonline.postecert.it>;
<protocollo.generale.gemelli@pec.it>; <SegreteriaDirezioneSanitaria@unicampus.it>;
<ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it>; <protocollo_ao_scf@pec.it>;
<protocollo.generale@pec.ospedalesantandrea.it>; <direzione.generale@pec.policlinicoumberto1.it>;
<aoscamilloforlanini_dirigen@pec.it>; <protocollo.generale@pec.ospedalesantandrea.it>;
<inmi@pec.inmi.it>; <dirigen@cert.ifo.it>; <dirsan@cert.ifo.it>; <dirsan@ares118.it>;
<dirigen@ares118.it>
Cc: <ddilallo@regione.lazio.it>; <ezantedeschi@regione.lazio.it>; <emacci@regione.lazio.it>
Allega: Elab_Adozione_Piano_Annuale_Risk_Management1469179944347_REGLAZIO.REGISTRO
UFFICIALE.2016.0388434.pdf
Oggetto: Elaborazione e adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016

In allegato la nota di cui all'oggetto, con preghiera di diffusione ai Responsabili del Rischio Clinico.

Cordiali saluti.

Segreteria Area Programmazione
della rete ospedaliera e risk management
Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Regione Lazio



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI
AREA PROGRAMMAZIONE RETE OSPEDALIERA E RISK MANAGEMENT

Prot. n. GR 11 49

Roma,

Ai Responsabili del Rischio Clinico
Aziende Sanitarie Locali
Aziende Ospedaliere
Policlinici Pubblici
IRCCS
ARES 118

E p.c. Ai Direttori Generali e Commissari
Straordinari
Aziende Sanitarie Locali
Aziende Ospedaliere
Policlinici Pubblici
IRCCS
ARES 118

Ai Direttori Sanitari
Aziende Sanitarie Locali
Aziende Ospedaliere
Policlinici Pubblici
IRCCS
ARES 118

Oggetto: Elaborazione e adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016.

Con riferimento all'oggetto, si richiede alle strutture in indirizzo di adottare il documento secondo le indicazioni fornite nella presentazione allegata e di trasmettere a quest'Area i riferimenti documentali di adozione del provvedimento.

Il termine ultimo per la trasmissione di tali evidenze è fissato al prossimo 15 settembre.

Rispetto alle indicazioni sopra richiamate, e nelle more dell'approvazione delle nuove Linee Guida regionali per l'elaborazione del PARM, si precisa inoltre quanto segue:

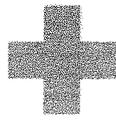
1. Ove non risultino già implementate, particolare attenzione dovrà essere posta nella definizione di attività che consentano a questa Regione di ottemperare agli obiettivi LEA come di seguito sintetizzati: (a) implementazione delle raccomandazioni ministeriali; (b) iniziative di formazione sul rischio clinico e la sicurezza del paziente; (c) implementazione della *checklist* di sala operatoria ovvero monitoraggio sul suo effettivo e corretto utilizzo; (d) prevenzione delle cadute; (e) corretto monitoraggio degli eventi sentinella e dei relativi piani di miglioramento.

2. Per quanto riguarda le Aziende territoriali coinvolte nelle attività previste dal Progetto 7.3 (*"Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici"*) del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (PRP), nel PARM sarà sufficiente richiamare quanto previsto dal Referente Aziendale del PRP nel Piano Attuativo Aziendale del succitato Progetto, ai punti 7.3.3.1 e 7.3.3.3;

Per eventuali chiarimenti relativi al Piano Regionale della Prevenzione si potrà far riferimento al dott. Vincenzo Puro (vincenzo.puro@inmi.it) Referente Regionale per il Progetto 7.3; mentre per chiarimenti relativi all'elaborazione del PARM al dott. Giuseppe Sabatelli (giuseppe.sabatelli@aslromag.it).

Cordiali saluti

IL DIRIGENTE DELL'AREA
(Domenico Di Lallo)



Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARMI)

INDICE DEL DOCUMENTO

SCADENZE TEMPORALI E STRUTTURA DEL PARM

1. PREMESSA

1. Contesto organizzativo
2. Descrizione degli eventi/sinistri dell'ultimo triennio
3. Descrizione della posizione assicurativa
4. Resoconto delle attività del PARM precedente

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

3. OBIETTIVI

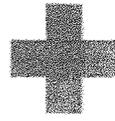
4. ATTIVITÀ E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA G

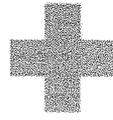


REGIONE
LAZIO

SCADENZE TEMPORALI E STRUTTURA DEL PARM

- Per il 2016 il termine di adozione del PARM è di 45 giorni entro la pubblicazione delle Linee Guida sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.
- A partire dal 2017 il termine, fino a nuova e diversa comunicazione, è fissato al 15 febbraio dell'anno solare cui il PARM si riferisce.
- Il PARM, fatte salve motivate specificità, dovrà essere elaborato rispettando la struttura di seguito proposta. Quando possibile, sono stati inserite tabelle contenenti suggerimenti ed esempi.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA G



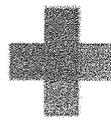
REGIONE
LAZIO

PREMESSA

Contesto organizzativo

- Nella premessa deve essere descritto il contesto organizzativo aziendale, presentando in una tabella i principali dati di produzione. Per le Aziende territoriali si suggerisce di presentare i dati a livello aggregato e suddivisi per singolo presidio ospedaliero (Tabelle 1 e 2)
- Nella tabella 3 è riportato un esempio valido per le Aziende Ospedaliere e i Policlinici Universitari
- Nelle tabelle è riportato un data set minimo, integrabile secondo le diverse necessità aziendali

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA G



REGIONE
LAZIO

Tabella 1 – Aziende territoriali: Esempio di presentazione dei dati di attività aggregati a livello aziendale

DATI STRUTTURALI			
Estensione territoriale	in Km ²	Popolazione residente	Numero
Distretti Sanitari	Indicare	Presidi Ospedalieri Pubblici	Indicare
		Medicina	Numero
		Chirurgia	Numero
Posti letto ordinari	Numero	Ecc.	Numero
Posti letto diurni	Numero	Servizi Trasfusionali	Numero
Blocchi Operatori	Numero	Sale Operatorie	Numero
Terapie Intensive	Numero	UTIC	Numero
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE ¹			
Ricoveri ordinari	Numero	Ricoveri diurni	Numero
Accessi PS	Numero	Neonati o parti	Numero
Branche specialistiche	Solo il numero	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	Numero, escluse le analisi di laboratorio

¹ Indicare la fonte del dato e il periodo di riferimento. Ad es. Dati forniti dalla UO... e aggiornati al GG/MM/AAAA.

Tabella 2 – Aziende territoriali: Esempio di presentazione dei dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero

DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO P.O. ^[1]		
Posti letto ordinari	n.	Medicina
		Chirurgia
		Ecc.
Posti letto diurni		Servizi Trasfusionali
Numero Blocchi Operatori		Numero Sale Operatorie
Numero ricoveri ordinari		Numero ricoveri diurni
Numero accessi PS		Numero neonati o parti

[1] Indicare la fonte del dato e il periodo di riferimento. Ad es. Dati forniti dalla UO... e aggiornati al GG/MM/AAAA.

Tabella 3 – Aziende Ospedaliere e Policlinici Universitari: Esempio di presentazione dei dati di attività

DATI STRUTTURALI			
	Numero	Medicina	Numero
Posti letto ordinari		Chirurgia	Numero
		Ecc.	Numero
	Posti letto diurni	Servizi Trasfusionali	Numero
Blocchi Operatori	Numero	Sale Operatorie	Numero
Centro trapianti (impianto organi e tessuti)	Numero	Centro Procreazione Medicalmente Assistita	Numero
Hub	Specificare la rete	Ecc.	
Terapie Intensive	Numero	UTIC	Numero
DATI DI ATTIVITÀ ²			
Ricoveri ordinari	Numero	Ricoveri diurni	Numero
Accessi PS	Numero	Neonati o parti	Numero
Branche specialistiche	Solo il numero	Prestazioni ambulatoriali erogate	Numero, escluse le analisi di laboratorio
Ecc.		Ecc.	

PREMESSA

Descrizione eventi/sinistri nell'ultimo triennio

- È sufficiente una presentazione sintetica dei dati anche sotto forma di tabella, come nell'esempio seguente:

Anno	N. Sinistri	N. Eventi Avversi	N. Eventi Sentinella
20..			
20..			
20..			

PREMESSA

Descrizione della posizione assicurativa

- È sufficiente una presentazione sintetica dei dati in una tabella, come nell'esempio riportato, modificabile secondo le diverse specificità aziendali
- Per le aziende che gestiscono direttamente i sinistri sarà sufficiente indicare la Deliberazione aziendale con cui si è introdotta la gestione diretta

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
20..					
20..					
20..					

PREMESSA

Resoconto delle attività del PARM precedente

- In questa sezione si suggerisce di inserire una relazione sintetica sulle attività previste nel PARM dell'anno precedente, sulla loro realizzazione o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA G

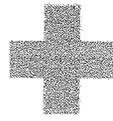


REGIONE
LAZIO

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

- In questa sezione bisogna elencare solo le responsabilità relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARM e non quelle delle singole attività previste nel piano

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA G



REGIONE
LAZIO

OBIETTIVI

- In questa sezione vanno elencati gli obiettivi che si intendono perseguire, anche in continuità con i PARM degli anni precedenti.
- Sono stati individuati quattro obiettivi strategici su cui le aziende sono chiamate a declinare almeno cinque attività
- Le cinque attività possono essere distribuite su uno solo, o su più obiettivi, sulla base delle specifiche esigenze aziendali

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA G



REGIONE
LAZIO

OBIETTIVI

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
4. Partecipare alle attività regionali in tema di risk management (purché sia possibile darne evidenza documentale)
 - Le aziende, una volta rispettato il vincolo delle cinque attività distribuite fra i tre obiettivi sopraelencati, potranno anche definire altri obiettivi e attività

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA G

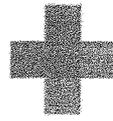


REGIONE
LAZIO

ATTIVITÀ

- In questa sezione vanno elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti
- Fra attività e obiettivi è indispensabile una assoluta coerenza
- Per ogni attività deve essere definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere. Si consiglia di indicare standard realistici e realizzabili nei tempi previsti
- Le attività che prevedono un impegno pluriennale andranno declinate e sviluppate per singolo anno
- Ogni attività andrà scomposta in una o più azioni elementari che andranno declinate in una specifica matrice delle responsabilità

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA G



REGIONE
LAZIO

Tabella 4 – Esempio di declinazione di un'attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il GG/MM/AAAA		
STANDARD SI		
FONTE UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

Legenda:
R = Responsabile
C = Coinvolto
I = Interessato

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

- In questa sezione andranno elencate le modalità con cui il documento verrà diffuso a livello aziendale. Se ne elencano alcune, a mero titolo di esempio:
 1. Presentazione al Collegio di Direzione
 2. Pubblicazione sul portale aziendale nella sezione Intranet ed Internet (*Amministrazione Trasparente*)
 3. Invio via mail alle Direzioni di P.O. e di Distretto

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA G



REGIONE
LAZIO

Grazie

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA G



REGIONE
LAZIO