

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 - 02100 - Rieti - C.F. e P.I. 00821180577

Tel. 0746-2781- PEC:asl.rieti@pec.it - www.asl.rieti.it

**Direttore Generale: Dott.ssa Marinella D'Innocenzo**

Decreto Presidente Regione Lazio n. T00215 del 21.11.2017

Deliberazione n. 1/D.G. del 06/12/2017

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 168 del 27-02-2019****STRUTTURA PROPONENTE U.O.S.D. RISK MANAGEMENT E QUALITA'**Oggetto: **Adozione Piano Annuale 2019 di Risk Management (PARM).**

Estensore: D.ssa Cinzia Pitti

Il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art.1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. n.165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta altresì che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii..

Responsabile del Procedimento: *Dott.ssa Manuela Serva*

Firma \_\_\_\_\_

Data 15-02-2019Il Dirigente: *Dott.ssa Manuela Serva*

Firma \_\_\_\_\_

Data 15-02-2019

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: \_\_\_\_\_

Autorizzazione: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Dott.ssa Barbara Proietti Firma \_\_\_\_\_

Parere del Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Petti

favorevole non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto) Data 18.02.2019

Firma \_\_\_\_\_

Parere del Direttore Sanitario

Dott. Vincenzo Rea

favorevole non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto) Data 18.02.2019

Firma \_\_\_\_\_

***IL DIRIGENTE DELLA U.O.S.D. RISK MANAGEMENT E QUALITA'***

**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, in riferimento agli eventi sentinella ed altri eventi avversi, e a qualsiasi altro fattore che impatti sulla qualità dell'assistenza, costituisce, congiuntamente alla gestione 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) 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 confermate le Linee Guida già indicate nel 2014;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 “Approvazione delle “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.

**VISTA** la determinazione della Regione Lazio N° G 01226 del 02/02/2018 con la quale si determina tra l’altro:

- di approvare il documento “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale Risk management (PARM) ai sensi della legge 24/2017;
- di stabilire che per il 2018 il termine per la presentazione del PARM è fissato al 02/03/2018;
- di stabilire inoltre che le Aziende trasmetteranno il PARM al Centro Regionale Rischio Clinico entro sette giorni dalla sua adozione con atto deliberativo e comunque entro e non oltre il 15/03/2018.

**VISTA** la determinazione n. G00164 del 11/01/2019 : Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”  
Le Aziende devono elaborare ed adottare il suddetto Piano entro il 15 Febbraio 2019, trasmetterlo al Centro Regionale Rischio Clinico entro sette giorni dalla sua adozione con atto deliberativo e comunque entro e non oltre il 28 Febbraio 2019;

**VISTI** i contenuti dell’art. 2 della legge 24/2017 che in particolare richiama alla necessità di attivare flussi di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario;

**TENUTO CONTO** delle Linee di indirizzo Regionale che individuano nel Piano di Risk Management 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;

**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 nei precedenti PARM e nella logica del miglioramento continuo in relazione ad azioni già precedentemente implementate;

**DATO ATTO** che la proposta è coerente con il vigente Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

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

### **PROPONE**

- 1. DI APPROVARE** il documento **“Piano Annuale di Risk Management Anno 2019”**, allegato alla presente deliberazione (allegato 1) formandone parte integrante e sostanziale secondo quanto indicato dalle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) emanate con determinazione n. G00164 del 11/01/2019;
- 2. 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

in oggetto

per esteso

## **IL DIRETTORE GENERALE**

Preso atto che:

- il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n. 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. n. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta, altresì, che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art. 1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.;
- il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

## **DELIBERA**

- di approvare 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 Mariacarla D'Innocenzo

La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale

in data 27 FEB. 2019

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge

dal 27 FEB. 2019

La presente Deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio on-line aziendale  
ai sensi dell'art.32, comma 1, L.18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

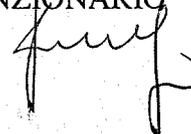
in oggetto

per esteso

in data 27 FEB. 2019

Rieti li 27 FEB. 2019

IL FUNZIONARIO

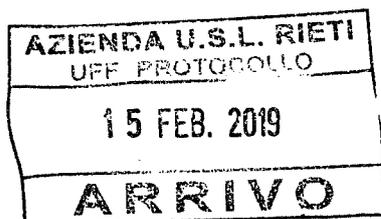




UOSD Risk Management e Qualità  
Responsabile  
Dr.ssa Manuela Serva



# ***PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2019***



## INDICE

1. PREMESSA .....	3
1.1 Il contesto organizzativo.....	6
1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.....	6
1.3 Descrizione della posizione assicurativa .....	9
1.4 Resoconto delle attività del parm 2018 .....	10
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....	16
3. OBIETTIVI.....	17
4. ATTIVITÀ .....	22
5. DIFFUSIONE .....	41
6. RIFERIMENTI NORMATIVI .....	41
7. GLOSSARIO.....	42
8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....	42



# 1. PREMESSA

Il PARM, elaborato nel rispetto delle Linee Guida regionali, rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare, la politica aziendale in materia di prevenzione dei rischi, per la sicurezza delle cure.

La sicurezza del Paziente (patient safety) e la qualità dell'assistenza (quality of care) vengono considerate dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un obiettivo prioritario da perseguire, con interventi coordinati che coinvolgono tutti i partecipanti l'organizzazione sanitaria: Operatori Sanitari e Pazienti.

La Azienda Asl Rieti ha cercato di implementare la sicurezza delle cure e la loro qualità con l'intento di consolidare una logica di sistema che ha teso ad integrare le diverse funzioni implicate nella gestione del rischio sanitario e delle altre tipologie di rischio, con la finalità di innalzare anche il grado di resilienza degli operatori e quindi dell'organizzazione cercando attraverso l'implementazione di logiche proattive di mitigarne anche l'approccio difensivo.

Si è perseguita una politica di Gestione del rischio clinico, per altro ricompresa all'interno della più ampia politica per la sicurezza aziendale, promuovendo l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure anche attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale.

Diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, è ferma convinzione che lo sviluppo di interventi efficaci discenda non solo dalla comprensione delle criticità dell'organizzazione, ma anche dalla reale diffusione di una consapevolezza che consenta di superare gli individualismi e le resistenze culturali, barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi e a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

La cultura del lavoro di team deve essere alla base del processo di miglioramento che nasce proprio dalle singole disfunzioni interne e dalla ferma convinzione di superarle.

L'analisi e il monitoraggio degli eventi avversi, dei near miss, delle disfunzioni organizzative spesso alla base di errori di sistema, la implementazione della modalità dell'AUDIT interno, la diffusione delle procedure in applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali sono elementi fondamentali per supportare processi di di cure sicure; lo sviluppo di attività di monitoraggio sul campo su quanto via via implementato è strumento per dimostrare fattivamente se si raggiunge quel valore aggiunto che via via è alla base di ogni processo di miglioramento.

Il Piano dell'attività di Risk Management per l'anno 2019 continua nell'obiettivo intrapreso nel corso del 2018, dando continuità ai percorsi di gestione strategica e alla operatività delle linee di attività già precedentemente intraprese.

La sicurezza dei pazienti viene collocata nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità che vede necessaria l'interazione delle molteplici componenti che agiscono nel sistema e

l'adozione di pratiche di governo clinico che consentano di porre al centro della programmazione delle gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

Il modello tenderà a privilegiare e a sviluppare una formazione prevalentemente sul campo, attraverso AUDIT strutturati all'interno delle singole articolazioni aziendali. Tale modello oltre a svolgere attività di analisi, monitoraggio e controllo di quanto oggetto di AUDIT terrà presente, come già precedentemente indicato, quegli elementi di criticità relativi alla "comunicazione" sia tra i professionisti che verso il paziente, con la convinzione che un buon processo di comunicazione fra professionisti e fra i professionisti e pazienti/familiari, è base solida di un efficace contratto terapeutico, ed elemento fondamentale per mitigare reazioni avverse e possibili contenziosi. L'audit sarà inoltre utile strumento di controllo della qualità della documentazione sanitaria.

*La Gestione del Rischio Clinico come già precedentemente affrontato è uno strumento di Clinical Governance, 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".*

Implementare questa gestione in maniera continua risponde ai dettami della Legge 24/2017 che ha richiamato fortemente alla necessità di gestire il "rischio sanitario" esaltando il "diritto alla sicurezza delle cure" sia come bene personale che collettivo, meritevole di estrema tutela.

È forte quindi, il richiamo al lavoro di squadra in chiave preventiva e gestionale e il richiamo alla responsabilità della correttezza dell'atto clinico/assistenziale. La qualità della sicurezza delle cure è quindi il "core business" delle attività di una Azienda Sanitaria attraverso tutti gli strumenti a disposizione del Management e di tutta l'organizzazione.

Quindi la parola chiave continua ad essere la promozione culturale collettiva, la responsabilizzazione, la valorizzazione di programmi di Skill-mix, la massima integrazione fra Risk Management e linee produttive, la visione sistemica, l'adesione attiva e partecipata del paziente/cittadino, fondamenti per l'obiettivo di continuo miglioramento delle cure.

Con questo presupposto la promozione di interventi finalizzati alla "Gestione del Rischio" si inserisce fra gli aspetti strategici del "Sistema Azienda" che portano sicuramente a ricadute positive sia sui processi organizzativi ma anche sulla gestione del contenzioso, con le auspicabili ricadute economiche positive oltre che in termini di costi anche di immagine.

La sicurezza in tutte le sue sfaccettature, deve essere continuamente presidiata, elaborando e diffondendo procedure, raccomandazioni e buone prassi nonché azioni di monitoraggio e analisi

→ interessando e coinvolgendo anche pazienti e cittadini, presidiando la formazione degli operatori sanitari ed in particolare dei FACILITATORI, su cui questa Azienda continua ad investire con formazione continua.

Le attività di Risk Management attraverso strumenti di intervento proattivo e reattivo, si sono rivelate indispensabili per assicurare l'erogazione di prestazioni nella migliore qualità e sicurezza possibile e il PARM annuale è espressione dell'impegno della Organizzazione per il raggiungimento di continui obiettivi di miglioramento.



## 1.1 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

Tabella 1 – Dati di attività aggregati a livello aziendale

<b>DATI STRUTTURALI <sup>(1)</sup></b>			
Estensione territoriale	<b>2.749 Km<sup>q</sup></b>	Popolazione residente	<b>156.554</b>
Distretti Sanitari	<b>2</b>	Presidi Ospedalieri Pubblici	<b>1</b>
Posti letto Ordinari	<b>305</b>	Area Medica	<b>146</b>
		Area Chirurgica	<b>92</b>
		SPDC	<b>12</b>
		Altro	<b>55</b>
Posti letto Diurni	<b>35</b>	Servizi Trasfusionali	<b>1</b>
Blocchi Operatori	<b>1</b>	Sale Operatorie	<b>9</b>
Terapie Intensive	<b>1</b>	UTIC	<b>1</b>
<b>DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE <sup>(1)</sup></b>			
Ricoveri Ordinari *	<b>11.044</b>	Ricoveri Diurni *	<b>1.109</b>
Accessi Pronto Soccorso	<b>36.753</b>	Neonati o Parti *	<b>537</b>
Branche Specialistiche *	<b>29</b>	Prestazioni ambulatoriali * erogate da presidi pubblici	<b>635.886</b>
Fonte dati Atto Aziendale e UOC ACESIS / UOSD Risk Management		* in attesa di consolidamento	

Tabella 2 – Dati di attività aggregati Presidio Ospedaliero

<b>DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO P.O. <sup>(2)</sup></b>			
Ricoveri Ordinari *	<b>11.044</b>	Ricoveri Diurni *	<b>1.109</b>
Accessi Pronto Soccorso	<b>36.753</b>	Neonati o Parti *	<b>537</b>
Branche Specialistiche *	<b>29</b>	Prestazioni ambulatoriali * erogate da presidi pubblici	<b>635.886</b>
<sup>(2)</sup> Fonte dati UOC ACESIS/ UOSD Risk Management		* in attesa di consolidamento	

## 1.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Gli eventi di seguito riportati e pervenuti tutti dal sistema di Incident Reporting strutturato in Azienda, sono in totale 173 e così percentualmente distribuiti:

N. 164 Eventi Avversi pari al 95 %, - N. 1 Eventi Sentinella pari al 0.50 %, - N. 8 Near Miss pari al 4.50 %.

Relativamente agli Eventi Avversi ben 158 sono rappresentati dalla segnalazione delle cadute e 1 evento sentinella riferito pure a cadute. Dal dato emerge quindi che la parte preponderante delle segnalazioni è l'evento CADUTA. Va precisato però che la segnalazione della caduta in Azienda risulta rappresentativo, dell'evento nella sua globalità. Viene esplicitato successivamente, il dato di dettaglio sulle stesse in ragione delle modalità di caduta, della entità delle lesioni riportate e dei fattori causali e contribuenti .

Relativamente a questi ultimi, precisando che i fattori riconducibili alla tipologia di paziente sono sempre presenti nell'evento caduta, ma, in circa il 30% dei casi sono individuabili come fattori esclusivi, nel restante 70% vengono registrati oltre alla fragilità del paziente in questione, anche

cause di natura tecnologica, strutturale, organizzativa e procedurale. Sulla scorta di queste evidenze le azioni di miglioramento si sono concretizzate in attività di formazione, implementazione delle procedure esistenti o revisioni delle stesse, attività finalizzate al miglioramento della comunicazione ed al lavoro in team, nonché si stanno implementando misure di risanamento di tipo strutturale e di acquisizione di attrezzature, soprattutto letti, mirate al contenimento del fenomeno. Relativamente alla tipologia degli Eventi Avversi di altra natura e Near Miss, questi sono riconducibili a disfunzioni tecniche, organizzative, nonché a criticità strutturali. Le relative azioni di miglioramento si sono concentrate in attività conseguenti mirate alla gestione e successiva prevenzione di eventi simili.

**Tabella 3 – Eventi occorsi nel 2018 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
<b>Near Miss*</b>	<b>N. 8</b> <b>(4.5 %)</b>	Tecnologici (%) <b>1.1 %</b> Organizzativi (%) <b>3.4 %</b>		
<b>Eventi Avversi*</b>	<b>N. 164</b> <b>(95%)</b>	Strutturali (%) <b>0.9 %</b> Tecnologiche (%) <b>2.8 %</b> Organizzative (%) <b>2.3 %</b> Proced./Comunicazi (%) <b>2.8%</b>	Tecnologiche <b>15%</b> Organizzative <b>15 %</b> Procedure/Comunicazione/ Formazione <b>70 %</b>	Sistemi di reporting (%) <b>100%</b>
	di cui:			
	<b>N. 158</b> Cadute <b>(85 %)</b>  (°)(Tab. 3/a)			
	<b>N. 8</b> Altro <b>(15 %)</b>			
<b>Eventi Sentinella*</b>	<b>N. 1</b> <b>0.50 %</b>			
	<b>N. 1 Caduta</b> <b>(100%)</b>	Paziente (%) <b>30 %</b> Tecnologiche (%) <b>30 %</b> Organizzative (%) <b>40 %</b>		

Fonte dati : UOSD Risk Management

\* Le definizioni di Near Miss – Evento Avverso – Evento Sentinella sono quelle esplicitate all'interno del glossario del Ministero della Salute.

Tab. 3/a - Cadute Paziente /Modalità

<b>Cadute dal letto</b>	mentre saliva /scendeva dal letto	16	10.8 %
	mentre si girava nel letto	8	5.1 %
	mentre si alzava dal letto	24	15.9 %
	scavalcando le sbarre del letto	8	5.1 %
<b>Cadute da seduto</b>	Sedia/Poltrona/WC	24	14.8 %
<b>Caduto</b>	dalla posizione eretta	71	44.3 %
	Altro	7	4 %

TABELLA 4 SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL' ULTIMO QUINQUENNIO (AI SENSI DELL' ART.4, C.3 DELLA LEGGE 24/2017).

ANNO	N. SINISTRI ***	RISARCIMENTI EROGATI ***
2014	1	€ 180.000,00
2015	14	€ 2.356.302,90
2016	4	€ 730832,36
2017	5	€ 537.035,27
2018	10	€ 627.105,02
<b>TOTALE</b>	<b>34</b>	<b>€ 4.431.275,29</b>

Fonte dati : Affari Generali e Legali

Fonte dati : Affari Generali e Legali

\*\*\* vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose ecc...)

### 1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza e rel. Scadenza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
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.
2016	RCT/O N. 2016RCG00105-645632	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 1.840.000	€2.000.000	MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A.
2017	RCT/O N. 2016RCG00105 – 645632 – 28/02/2017 (al 01/03/2017 Autoassicurazione)	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 1.840.000	€ 2.000.000	WILLIS ITALIA S.P.A. fino al 28/02/2017
2018	dal 01/03/2017 al 31/12/2018 in regime di autoassicurazione				GBSAPRI spa dal 08/03/2018 al 08/03/2019 con possibilità di rinnovo per un'altra annualità

Fonte dati : AA.GG. e Legale

### COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (GRUPPO CONSULTIVO AZIENDALE)

- **Composizione:** Dirigenti delle seguenti UOC/Strutture:

Affari Generali e Legali	Risk Management	Direzione Medica Osp.	Medicina Legale
Avvocatura Asl Roma3	Funzionario Affari Generali funzione di Segreteria		
Ed altri Dirigenti di UOC a seconda dei casi di competenza			

- Anno di istituzione: **2013** **Delibera di costituzione del Gruppo Consultivo Aziendale in ambito di istruttoria dei sinistri n. 431/DG del 23/04/2013.**
- **Numero di casi istruiti : 86 (anni 2013/2014): Anno 2013 n. 41 – Anno 2014 n. 45**
- **Numero di casi istruiti dal CAVS anno 2015: 47**
- **Numero casi istruiti dal CAVS anno 2016: 37**
- **Numero di casi istruiti dal CAVS anno 2017: 45**
- **Numero di casi istruiti dal CAVS anno 2018: 61**

Con deliberazione n. 69/DG dell'11/02/2015 è stato costituito il COMITATO AZIENDALE DI VALUTAZIONE DEI SINISTRI (CAVS), che ha assorbito le funzioni proprie del disciolto Gruppo Consultivo Aziendale.

Composizione CAVS:

- Dirigente U.O.S.D. Affari Generali e Legali, Dott. Roberto Longari – supplente: Dott.ssa Barbara Proietti;
- Dirigenti Avvocati Asl Roma 3;
- Responsabile U.O.S.D. Risk Management, Dr.ssa Manuela Serva – supplente: in corso di modifica;
- Responsabile Assistenza Sanitaria Territoriale presso il Distretto Salario, Dott. Gennaro D'Agostino, anche Coordinatore, supplente: Dr.ssa Albertina Ciferri;
- Dirigente U.O.C. Direzione Medica Ospedaliera, Dr.ssa Antonella Stefania Morgante – supplente: Dr. Pasquale Carducci;

- un rappresentante della AmTrust Claims Management, loss adjuster per conto della compagnia di assicurazione AmTrust Europe Limited, nell'ambito della trattazione dei sinistri ricadenti nella polizza assicurativa n. ITOMM1301290, con scadenza naturale alle ore 24:00 del 28/02/2015;
- un rappresentante della Resolute Management, loss adjuster per conto della Compagnia di assicurazione BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED (dalle ore 24,00 del 28/02/2015 alle ore 24 del 28/02/2017 Copertura Assicurativa verso terzi/dipendenti (RCT/O) Compagnia di Assicurazione BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED)

Fonte dati : AA.GG. e Legale

## 1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM 2018

Il Piano Annuale di Risk Management 2018 è stato redatto secondo gli indirizzi delle Linee Guida Regionali, è stato costruito tenendo conto delle linee di attività già implementate nei Piani Annuali di Risk Management che vanno dal 2014 al 2017, sviluppando ulteriori attività sulla base dei risultati e secondo la logica del miglioramento continuo. Le attività previste nel Piano Annuale Risk Management 2018 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.

**Tabella 5. Relazione conclusiva Parm 2018: dettaglio delle attività previste per i singoli obiettivi con definizione di obiettivo, indicatore, fasi delle attività e grado di realizzazione**

Obiettivo Regionale n.1: "DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE"				
Obiettivo Aziendale	Indicatore	Fasi Attività	Stato di Attuazione	Obiettivo Raggiunto *
<b>Ob. 1 - Attività a:</b> Progettazione e realizzazione di Audit di Risk Management – Accreditato ECM	Realizzazione di almeno n. 4 <b>Audit</b>	Progettazione AUDIT Accreditamento degli AUDIT Esecuzione degli AUDIT	I Corsi sono stati regolarmente Progettati, Accreditati ed eseguiti come nel dettaglio: <b>1) 08/05/2018</b> Cod. Accreditemento 14-2163 – UOC Interessate Cardiologia e Anestesia e Rianimazione; <b>2) 19/06/2018</b> Cod. Accreditemento 14-2163 – UOC Interessate Chirurgia Gen.le, Chirurgia Vascolare, Medinef, Malattie Infettive e Degenza Inermieristica; <b>3) 04/07/2018</b> Cod. Accreditemento 14-2163 – UOC Ortopedia e Traumatologia, DMO, DAPS ed il Case Manager; <b>4) 10/10/2018</b> Cod. Accreditemento 14-2163 – UO Interessate Gastroenterologia, DMO,DAPS, Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione, Chirurhia Generale ed il Case Manager	SI
<b>Ob. 1 - Attività b:</b> Organizzazione e realizzazione di in corso di formazione "Il rischio di violenza nei confronti degli operatori , dalla prevenzione alla gestione	Realizzazione di n. 1 evento formativo con coinvolgimento di almeno il 50% delle strutture individuate.	Progettazione del corso Accreditamento del corso Realizzazione del corso di formazione	Il corso è stato Progettato , Accreditato Codice di accreditamento <b>14-2280</b> ed è stato realizzato in data <b>14/06/2018</b> ed ha visto la partecipazione di n. <b>63</b> Operatori, in rappresentanza del <b>100% delle Strutture Individuate</b>	SI

del rischio". Accreditato ECM.				
<b>Ob. 1 - Attività c:</b> Progettazione e realizzazione di un Convegno "Il Risk Management nelle attività di Medicina Generale ai sensi della Legge n. 24/2017"	Progettazione e realizzazione del Convegno	Progettazione del Convegno Realizzazione del Convegno	Il Convegno è stato Progettato, Accreditato, <b>Codice di Accredimento 2603</b> e realizzato in collaborazione con Ordine Prov.le di Rieti dei Medici ed Odontoiatri in data <b>06/10/2018</b>	SI
<b>Ob. 1 - Attività d:</b> Partecipazione attiva da parte del Risk Management ai corsi di formazione aziendali in cui veicolare le tematiche del rischio clinico	Partecipazione in qualità di docente ai corsi aziendali che prevedono, come da programma, il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità	Partecipazione in qualità di docente ai corsi aziendali	La UOSD Risk Management e Qualità ha partecipato in qualità di Relatore /Docente ai corsi in cui è stata coinvolta e precisamente: <b>1- Corso La Tuberculosis in ambito Sanitario – 28 Novembre 2018;</b> <b>2- Corso Antimicrobial Stewardship, Appropriately prescrittiva e di utilizzo degli antibiotici –15 Dicembre 2018</b>	SI

<b>Obiettivo Regionale 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".</b>				
<b>Obiettivo Aziendale</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Fasi Attività</b>	<b>Stato di Attuazione</b>	<b>Obiettivo Raggiunto *</b>
<b>Ob. 2 – Attività a:</b> "Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione".	1. Realizzazione di un AUDIT da parte della UOC DAPS <b>entro il 31/07/2018;</b>	Realizzazione di un AUDIT relativo alla revisione della letteratura specifica e verifica della compliance organizzativa aziendale, con particolare riferimento alle pratiche assistenziali ed alla documentazione in uso entro il 31/07/2018;	E' stato realizzato un AUDIT da parte del DAPS in data 23/07/2018 Nota Prot. 38856 del 25/07/2018	SI

	2. Realizzazione di un sistema di monitoraggio informatizzato da parte della UOC DAPS <b>entro il 31/07/2018;</b>	Realizzazione di un sistema di monitoraggio informatizzato (realizzazione di un database) degli outcomes attraverso l'utilizzo di indicatori di Struttura/processo/esito legati alle lesioni da pressione, relativo all'assistenza ospedaliera entro il 31/07/2018 in collaborazione con UOSD ACESIS;	E' stato realizzato un Sistema di monitoraggio Informatizzato per la rilevazione mensile da parte del DAPS in data 23/07/2018 Nota Prot. 38856 del 25/07/2018 con decorrenza dal 01/08/2018	SI
	3. Definizione di uno strumento per le Lesioni da Pressione in ADI da parte della UOC DAPS <b>entro il 31/07/2018;</b>	Definizione di uno strumento appositamente finalizzato alla gestione delle L.da P. in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) entro il 31/07/2018;	E' stato definito lo strumento finalizzato alle attività territoriali (ADI) per procedere all'implementazione della Scala di Braden e valutazione dello stato cutaneo ( modello 5042) in sostituzione della scala di Norton Plus (modello 5068/8) e all'introduzione della scheda infermieristica delle LdP (modello 5044) Nota DAPS 38856 del 25/07/2018	SI
	4. Report dato annuale al 31/12/2018 del monitoraggio e feedback alle UU.OO. del Presidio Ospedaliero, alla UOC DMO, alla UOC DAPS e alla Direzione Strategica <b>entro il 31/01/2019;</b>	Monitoraggio dato complessivo annuale al 31/12/2018 con report e relativo feedback alle UU.OO. del Presidio Ospedaliero, alla UOC DMO, alla UOC DAPS e alla Direzione Strategica entro il 31/01/2019.	Report Monitoraggio dato complessivo annuale al 31/12/2018 con report e relativo feedback alle UU.OO. del Presidio Ospedaliero, alla UOC DMO, alla UOC DAPS e alla Direzione Strategica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota prot. 68019 del 24/12/2018</li> <li>• Nota prot. 2325 del 15/01/2019</li> <li>• Nota prot. 2328 del 15/01/2019</li> </ul>	SI
<b>Ob. 2 - Attività b: Implementazione del Piano Prevenzione e gestione dell'evento CADUTA.</b>	Realizzazione AUDIT e Piano di Miglioramento;	AUDIT e Piano di Miglioramento relativo alla applicazione della Procedura Aziendale "Evento caduta" <b>entro il 31/07/2018</b>	E' stato realizzato un AUDIT da parte del DAPS in data 23/07/2018 Nota Prot. 38856 del 25/07/2018	SI
	Realizzazione di un sistema informatizzato di monitoraggio;	Realizzazione di un sistema informatizzato per il monitoraggio delle cadute; <b>entro il 31/07/2018</b>	E' stato realizzato un Sistema di monitoraggio Informatizzato per la rilevazione mensile da parte del DAPS in data 23/07/2018 Nota Prot. 38856 del 25/07/2018 con decorrenza dal 01/08/2018	SI



	Proposta di Piano di modifica assistenza infermieristica;	Revisione dell'organizzazione del lavoro con particolare riferimento al modello assistenziale di riferimento assunto attraverso un piano di riorganizzazione della assistenza infermieristica; <u>entro il 31/12/2018</u>	Progetto di revisione del modello Assistenziale Infermieristico e riorganizzazione dell'attività dell'infermiere coordinatore nella GERIMED del Presidio Ospedaliero San Camillo de Lellis Realizzato dal DAPS e trasmesso con nota di prot. 68559 del 28/12/2018.	SI
	Report di monitoraggio dati;	Realizzazione di un monitoraggio dell'evento caduta (al 31/12/2018) integrato ai dati di Incident Reporting, eventi sentinella da fornire come feedback alle singole UU.OO. alla UOC DAPS, alla UOC DMO e alla Direzione Strategica aziendale; <u>entro il 31/01/2019.</u>	Report Monitoraggio dato complessivo annuale al 31/12/2018 con report e relativo feedback alle UU.OO. del Presidio Ospedaliero, alla UOC DMO, alla UOC DAPS e alla Direzione Strategica  • Nota prot. 68019 del 24/12/2018 • Nota prot. 2325 del 15/01/2019 Nota prot. 2328 del 15/01/2019	SI
<b>Ob. 2 - Attività c:</b> Coinvolgimento delle Associazioni dei Diritti del Malato nelle attività del contenimento delle LESIONI da PRESSIONE e CADUTE	Realizzazione di un incontro per la presentazione del progetto e delle attività e di un secondo incontro per il feedback delle attività svolte	Progettazione e realizzazione di un incontro per la presentazione del progetto e delle attività  Incontro per la presentazione dei risultati anno 2018	E' stato realizzato in data <b>19/07/2018 un primo incontro</b> con le Associazioni per la Presentazione del Progetto sulle Lesioni da Pressione e Cadute  E' stato realizzato in data <b>11/12/2018 un secondo incontro</b> con le Associazioni per la Presentazione dei dati sull'andamento delle Lesioni da Pressione e Cadute	SI
<b>Ob. 2 Attività d: Attività di analisi e monitoraggio relativa a:</b> -Eventi sentinella. -Segnalazioni di Incident Reporting. -Cadute.	Report annuale integrato sulle segnalazioni di pertinenza della USOD Risk Management e Qualità, con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	Attività di reportistica di - segnalazioni di incident reporting; - segnalazione di eventi sentinella; - segnalazione di cadute	Report Monitoraggio dato complessivo annuale al 31/12/2018 con report e relativo feedback alle UU.OO. del Presidio Ospedaliero, alla UOC DMO, alla UOC DAPS e alla Direzione Strategica  • Nota prot. 68019 del 24/12/2018 • Nota prot. 2325 del 15/01/2019 Nota prot. 2328 del 15/01/2019	SI
<b>Ob. 2 - Attività e:</b> Realizzazione di un Piano di Risk Management nella struttura riabilitativa ex art. 26 Distretto n. 2 – Poggio Mirteto	Piano di Risk Management per la struttura riabilitativa ex art. 26 Distretto n. 2 – Poggio Mirteto	Elaborazione di un Piano	E' stato effettuato un primo AUDIT presso la struttura di Poggio Mirteto in data 15/10/2018 ed è stato redatto un Piano di Miglioramento per il superamento delle criticità rilevate. E' stato elaborato il Piano di Mappatura Valutazione e gestione del Rischio Sanitario Struttura di Poggio Mirteto ( <b>Trasmesso con Obiettivo Di Budget 2018 n. 3</b> nota prot. 65523 del 12/12/2018)	SI

<p><b>Ob. 2 – Attività f:</b> Revisione della modulistica relativa alla materia del Consenso Informato</p>	<p>1. Definizione di un format aziendale sulle procedure ritenute di maggiore impatto per l'Organizzazione 2. Redazione dei Consensi informati da parte dei Capo Dipartimenti 3. Validazione dei Consensi prodotti da parte del Comitato di Valutazione dei Sinistri (CAVS) Aziendale</p>	<p>Definizione di un format aziendale</p> <p>Redazione dei Consensi informati da parte dei Capo Dipartimenti</p> <p>Validazione dei Consensi prodotti da parte del CAVS</p>	<p>E' stato definito il <b>Format Aziendale</b> da parte della UOC Affari Generali e Legali ed inviato ai Capi Dipartimento <b>mail del 21/06/2018</b></p> <p><b>In attesa di Validazione</b> <b>OBIETTIVO RIPROPOSTO PER L'ANNO 2019</b></p>	<p>SI</p>
<p><b>Ob. 2 - Attività q:</b> Sicurezza Farmaci</p>	<p>Audit di verifica a campione applicazione Procedura: "AUDIT Armadio Farmaceutico di reparto" alle UU.OO del Dipartimento Chirurgico, del Dipartimento dei Servizi, Distretto 1 e Distretto 2;</p>	<p>Audit di verifica a campione applicazione Procedura: "AUDIT Armadio Farmaceutico di reparto" alle UU.OO del Dipartimento Chirurgico, del Dipartimento dei Servizi, Distretto 1 e Distretto 2</p>	<p>Report Analisi delle non conformità riscontrate nel corso dell'attività ispettiva svolta presso gli Armadi Farmaceutici delle UU.OO. ospedaliere e azioni correttive di miglioramento Nota Prtot. 67676 del 20/12/2018</p>	<p>SI</p>
<p><b>Ob. 2 - Attività q:</b> Sicurezza Farmaci</p>	<p>Revisione della Procedura "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike (Farmaci LASA) del 26/05/2015 in funzione delle nuove gare Regionali sui farmaci, attraverso un Gruppo di Lavoro Coordinato dalla UOC Farmacia</p>	<p>Istituzione del Gruppo di Lavoro</p> <p>Procedura "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike (Farmaci LASA) revisionata</p> <p>Validazione della Procedura</p>	<p>Il Gruppo di Lavoro ha redatto la Revisione della Procedura "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike (Farmaci LASA).</p> <p>La Procedura, a cura della UOSD Risk Management, in data 29/11/2018 prot. n. 63052 è stata inoltrata alla firma del Direttore Sanitario per la firma e successivamente per la pubblicazione In data 12/12/2018 è stata inviata per la pubblicazione sul sito Web Aziendale.</p>	<p>SI</p>
<p><b>Ob. 2 - Attività h:</b> Revisione Procedura Aziendale per la prevenzione della morte materna in Neonatale correlata al travaglio e/o parto, (Raccomandazioni Ministeriali n. 6 e 16) con recepimento delle linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza.</p>	<p>Revisione della Procedura attraverso la istituzione di un apposito gruppo di lavoro</p>	<p>Istituzione del Gruppo di Lavoro</p> <p>Invio materiale informativo e convocazione formale del primo incontro per condivisione documento e stesura del crono programma</p> <p>Redazione della nuova procedura</p>	<p>E' stato Istituito il Gruppo di Lavoro da parte della UOSD Risk Management Nota Prot. 23862 del 16/05/2018</p> <p>Il Gruppo di Lavoro si è riunito in data 19/06/2018</p> <p><b>In attesa della Procedura</b> a cura del Gruppo di Lavoro coordinato dalla UOC Ostetricia e Ginecologia <b>OBIETTIVO RIPROPOSTO PER L'ANNO 2019</b></p>	<p>SI</p>



Obiettivo Regionale n. 3: "Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture".				
Obiettivo Aziendale	Indicatore	Fasi Attività	Stato di Attuazione	Obiettivo Raggiunto *
<b>Ob. 3 - Attività a:</b> Definizione attività per la gestione dei rischi aziendali in una prospettiva integrata e sistemica <b>Gestione Rischio Caduta in una prospettiva integrata e sistemica</b>	Proposta del Piano di adeguamento Strutturale; Presidio Ospedaliero Rieti	Proposta del Piano di adeguamento Strutturale sulle criticità rilevate per rischio caduta, con previsione di tempistica di realizzazione presso il Presidio Ospedaliero di Rieti;	E' stata redatta la Proposta del Piano di adeguamento strutturale sulle criticità per rischio caduta, con annesso crono programma per la realizzazione negli anni 2019/2020. Nota Prot. 68528 del 28/12/2018	SI
	Report DVR oggetto di revisione presso il Presidio Ospedaliero;	Integrazione nei DVR oggetto di revisione presso il Presidio Ospedaliero delle eventuali criticità del rischio Caduta per il paziente;	Nota Prot 50903 del 03/10/2018	SI
	Report del DVR relativo alle strutture extraospedaliere;	Revisione del DVR relativo alle strutture extraospedaliere sulle criticità rischio caduta	Nota Prot 50903 del 03/10/2018	SI
	Proposta Piano di adeguamento letti e attrezzature - Presidio Ospedaliero Rieti.	Proposta Piano di adeguamento letti e attrezzature in funzione delle criticità rilevate	Proposta di Piano di adeguamento Nota Prot 28728 del 07/06/2018	SI
<b>Ob. 3 - Attività b:</b> Definizione attività per la gestione dei rischi aziendali in una prospettiva integrata e sistemica <b>Realizzazione Centrale UFA presso il Presidio Ospedaliero di Rieti</b>	Realizzazione della Centrale presso i locali della UOC Farmacia Ospedaliera	Realizzazione <i>Centrale UFA presso il Presidio Ospedaliero di Rieti - UOC Farmacia Ospedaliera</i>	La realizzazione della Centrale UFA presso i locali della Farmacia Ospedale di Rieti è stata ripianificata e verrà conclusa nell'anno 2019. Quindi verrà riproposta nel PARM 2019 Deliberazione del D.G. n. 995 del 24/12/2018 e Nota prot. 68532 del 28/12/2018 <b>OBIETTIVO RIPROPOSTO PER L'ANNO 2019</b>	
<b>Ob. 3 - Attività c:</b> AUDIT di controllo applicazione procedura "Istruzioni Operative gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antituberculosa"	Realizzazione AUDIT di controllo della procedura	Realizzazione AUDIT di controllo applicazione procedura "Istruzioni Operative gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antituberculosa" e Report alla UOSD Risk Management.	Audit di controllo applicazione procedura "Istruzioni Operative gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antituberculosa" effettuato Nota Prot. 68349 del 27/12/2018	SI



<b>Ob. 3 - Attività d:</b> Definizione attività per la gestione dei rischi aziendali in una prospettiva integrata: Protocollo per la prevenzione e la gestione del rischio suicidario del paziente detenuto nella Casa circondariale "Nuovo Complesso" di Rieti	Redazione del protocollo	Protocollo per la prevenzione e la gestione del rischio suicidario del paziente detenuto nella Casa circondariale "Nuovo Complesso" di Rieti	E' stato realizzato il <b>Protocollo "Raccomandazioni per la prevenzione del suicidio e dei disturbi mentali del paziente detenuto nella casa circondariale Nuovo Complesso di Rieti"</b> , Il Protocollo è stato pubblicato sul sito WEB Aziendale  Nota Prot. n. 20408 del 26/04/2018	SI
--	--------------------------	--	--	----

Obiettivo Regionale n. 4: "Partecipare alle attività Regionali in tema di Risk Management"				
Obiettivo Aziendale	Indicatore	Fasi Attività	Stato di Attuazione	Obiettivo Raggiunto *
<b>Ob. 4 - Attività a:</b> Garantire la partecipazione a tutte le attività indette e Coordinate a livello Regionale	N. Convocazioni Regionali / N. Presenze del Risk Manager o delegato = 100%	Assicurare la partecipazione alle convocazioni da parte della Regione per problematiche inerenti il Rischio Clinico e presenza ai Tavoli di Risk Management	La UOSD Risk Management ha assicurato con la partecipazione a tutte le convocazioni pervenute da parte della Regione Lazio per la partecipazione ai tavoli di Risk Management e precisamente: - <b>04/05/2018</b> - <b>22/06/2018</b> - <b>16/11/2018</b> - <b>21/12/2018</b>	SI

\* Tutta la documentazione relativa al raggiungimento degli indicatori previsti è disponibile agli atti della scrivente struttura

## 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 dal PARM 2019, vengono indicate le **Strutture Responsabili** e le **Strutture Coinvolte** di volta in volta sulle singole azioni da porre in essere.



### 3. OBIETTIVI

Con l'emanazione del Decreto del Commissario ad Acta del 4 Novembre del 2016 n. U00328- Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" pubblicato in Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 91- Supplemento n.1 del 15/11/2016; con la successiva determinazione della Regione Lazio n. G01226 del 02/02/2018 è stato approvato il documento recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017" e sono state approvate le linee guida identificati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività aziendali da implementare nel corso dell'anno per l'elaborazione del PARM 2019.

Con determinazione n. G00164 del 11/01/2019 : Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)", le Aziende devono elaborare ed adottare il suddetto Piano entro il 15 Febbraio 2019, trasmetterlo al Centro Regionale Rischio Clinico entro sette giorni dalla sua adozione con atto deliberativo e comunque entro e non oltre il 28 Febbraio 2019.

Gli obiettivi identificati per il 2019 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 le 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 (2014-2018).



**Obiettivo n.1: “Diffondere la cultura della sicurezza delle cure”**

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** Progettazione e realizzazione di AUDIT di Risk Management come strumento di formazione sul campo.
- **Attività b:** Organizzazione di un corso per facilitatori di Rischio Clinico da svolgersi in n. 2 edizioni “La risposta organizzativa nella gestione del rischio sanitario e il ruolo del facilitatore”.
- **Attività c:** Partecipazione attiva da parte del Risk Management ai corsi di formazione aziendale in cui veicolare le tematiche inerenti il rischio clinico.



**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:** "Implementazione Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione";
- **Attività b:** Coinvolgimento delle Associazioni dei Diritti del Malato sulle proposte di attività per il contenimento delle Lesioni da Pressione e Cadute pazienti;
- **Attività c:** Attività di analisi e monitoraggio relativa a:
  - Eventi sentinella
  - Segnalazioni di Incident Reporting
  - Cadute
- **Attività d:** Realizzazione di un Piano di mappatura e valutazione del rischio clinico nella Casa della Salute di Magliano Sabina (Distretto n. 2)
- **Attività e:** Revisione della prima mappatura del rischio clinico della struttura Riabilitativa ex art.26 di Poggio Mirteto (Distretto 2).
- **Attività f:** Revisione della modulistica relativa alla materia del Consenso Informato attraverso la validazione dei Consensi già proposti a cura della Componente Aziendale del Comitato di Valutazione dei Sinistri (CAVS) con il coinvolgimento della UOSD di Medicina Legale.
- **Attività g:** Implementazione attività Sicurezza Farmaci
  - AUDIT di verifica a campione relativamente alle criticità rilevate dalla UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici sulle risultanze degli AUDIT del 2018;
  - AUDIT di controllo applicazione procedura "Istruzione Operativa Gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antitumorale" nelle more della realizzazione della Centrale UFA, da parte della UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici;
  - Realizzazione Centrale UFA presso i locali della Farmacia Ospedale di Rieti, secondo la pianificazione Aziendale deliberazione DG n. 995 del 24/12/2018;
  - AUDIT di verifica a campione relativamente alle criticità rilevate dalla UOSD Risk Management e Q. sulla corretta applicazione delle procedure inerenti la sicurezza dei farmaci nel monitoraggio già effettuato dalla medesima UOSD nel 2018.



- **Attività h:** Revisione Procedure Aziendali in applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali.
  - Revisione di due Procedure sulla scorta delle risultanze del monitoraggio del Centro Regionale di Rischio Clinico (CRRC) redatte ante 2016.
- **Attività i:** Revisione e Adozione Procedura Aziendale per la prevenzione della morte materna e Neonatale correlata al travaglio e/o parto, in recepimento delle linee di indirizzo Regionali per la implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 6 e n.16 – anno 2017.

**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 sono state previste le seguenti attività:

**Attività a:** *Gestione Rischio Caduta in una prospettiva integrata e sistemica:*

- Applicazione del Piano di adeguamento Strutturale sulle criticità rilevate per rischio caduta, con previsione di tempistica di realizzazione presso il Presidio Ospedaliero di Rieti, come da proposta della UOC Tecnico Patrimoniale del Dicembre 2018;
- Integrazione nei DVR oggetto di revisione presso il Presidio Ospedaliero delle relative criticità del rischio Caduta per il paziente con piano di miglioramento e relative tempistiche;
- Aggiornamento dei DVR relativi alle strutture extraospedaliere sulle criticità rischio caduta per il paziente e piano di miglioramento con relative tempistiche;
- Monitoraggio della proposta del piano di adeguamento letti ed altre attrezzature in funzione delle criticità rilevate con pianificazione delle modalità di risanamento e relative tempistiche.

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

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** Garantire la partecipazione del Risk Management a tutte le attività indette e Coordinate a livello Regionale sulle tematiche di pertinenza.
- **Attività b:** Recepimento delle Linee di indirizzo Regionale in materia di Rischio Clinico.

## 4. ATTIVITÀ

In questa sezione sono illustrate in maniera dettagliata le linee di attività individuate in funzione degli obiettivi Regionali e indicati gli standard e la matrice delle responsabilità, nonché le Strutture Responsabili e le Strutture Coinvolte.

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

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

**(Ob.1) - Attività a: Implementazione Progettazione e realizzazione di Audit di Risk Management come strumento di analisi e di gestione del rischio clinico, in modelli di Formazione sul Campo.**

Viste le precedenti esperienze di “formazione sul campo” e gli esiti degli AUDIT già realizzati come già previsto nel PARM 2018 si è ritenuto utile concretizzare tale modalità, come modalità formativa andando a realizzare degli Audit di Risk Management sulla scorta di segnalazioni, eventi avversi, evidenze emerse in sede di CAVS, analisi delle richieste di risarcimento, ecc.

Gli obiettivi specifici che si intendono perseguire attraverso tale strumento sono i seguenti:

- mitigare l'approccio difensivo dei professionisti;
- sviluppare una cultura della sicurezza con un percorso di formazione sul campo proprio attraverso un Audit strutturato con una logica sistemica ed interattiva;
- valutare il livello di applicazione delle procedure aziendali e l'attenzione al lavoro d'équipe;
- valutare la qualità della documentazione sanitaria (cartelle cliniche) anche relativamente agli aspetti di completezza della storia clinica del paziente oltre che alla rilevazione di altre criticità;
- promuovere lo sviluppo di strumenti di resilienza organizzativa.
- Promuovere la cultura del TEAM e rapporti collaborativi fra le diverse UU.OO.



<b><u>(Ob. 1) - Attività a: Implementazione Progettazione e realizzazione di Audit di Risk Management.</u></b>				
<b>Indicatore:</b> Realizzazione di almeno n. 2 Audit				
<b>Standard:</b> 100%				
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità			<b>Scadenza:</b> 31/12/2019	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>				
<b>Azione</b>	<b>UOSD RISK Management Qualità</b>	<b>UOS Svil. Comp. Formazione</b>	<b>UOC DAPS</b>	<b>UOC DMO</b>
Progettazione AUDIT	R	I	C	C
Esecuzione degli AUDIT	R	C	C	C

**(Ob. 1) - Attività b: Organizzazione di un corso per facilitatori di Rischio Clinico da svolgersi in n. 2 edizioni “La risposta organizzativa nella gestione del rischio sanitario e il ruolo del facilitatore”.**

Il corso, inserito nel Piano Formativo 2019, è rivolto a tutti i Facilitatori di Rischio Clinico costantemente e ripetutamente formati in questi anni; il corso si pone l'obiettivo di consolidare le competenze acquisite al fine di sviluppare operativamente la rete dei Facilitatori all'interno delle diverse articolazioni Aziendali, con l'intento di fornire competenze interne alle singole organizzazioni, come risorse fondamentali per promuovere il processo di prevenzione e gestione del rischio sanitario.

Il corso verrà organizzato in n. 2 edizioni.

<b><u>(Ob. 1) - Attività b: Progettazione e realizzazione di un Corso “La risposta organizzativa nella gestione del rischio sanitario e il ruolo del facilitatore”</u></b>			
<b>Indicatore:</b> Progettazione e realizzazione del corso in n. 2 edizioni			
<b>Standard:</b> 100%			
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità		<b>Scadenza:</b> 31/12/2019	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>			
<b>Azione</b>	<b>UOSD RISK Management e Qualità</b>	<b>UOS Svil. Comp. Formazione</b>	
Progettazione del corso	R	C	
Realizzazione del corso	R	C	



**(Ob. 1) - Attività c: Partecipazione attiva da parte del Risk Management ai corsi di formazione aziendali in cui veicolare le tematiche del rischio clinico.**

In continuità con quanto già previsto nel PARM 2018 anche nel corso del 2019 al fine di favorire una diffusione capillare delle attività correlate alla gestione del Risk Management viene garantito il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità all'interno di corsi di Formazione Aziendali organizzati da altre strutture (Direzione Aziendale Professioni Sanitarie, 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.

<b><i>(Ob. 1) - Attività c: Partecipazione attiva da parte del Risk Management ai corsi di formazione aziendali in cui veicolare le tematiche del rischio clinico</i></b>			
<b>Indicatore:</b> Partecipazione in qualità di docente ai corsi aziendali che prevedono, come da programma, il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità			
<b>Standard:</b> 100%			
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità		<b>Scadenza:</b> 31/12/2019	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>			
<b>Azione</b>	<b>UOSD RISK Management e Qualità</b>	<b>UU.OO. Aziendali Proponenti</b>	
Partecipazione in qualità di docente ai corsi aziendali che prevedono, come da programma, il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità	<b>R</b>	<b>C</b>	



**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 6 Linee di Attività che di seguito vengono dettagliate:

**(Ob. 2) - Attività a: "Implementazione Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione".**

Nell'ambito del progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione iniziato già nell'anno 2016 si continuano a sviluppare azioni sulla scorta di quanto già implementato.

Le attività che si intendono sviluppare rafforzano le attività di prevenzione, gestione e monitoraggio delle Lesioni da Pressione, in particolare si prevedono le seguenti attività:

- Realizzazione di Audit semestrali da parte della UOC DAPS al fine di verificare la compliance organizzativa aziendale delle singole UU.OO., con particolare riferimento alle pratiche assistenziali e al corretto utilizzo della documentazione implementata, con report finale alla UOSD Risk Management e Qualità;
- Riorganizzazione delle attività del Case Manager da parte della UOC DAPS;
- Invio dei dati rilevati dalla UOC DAPS alla UOSD Risk Management e Qualità semestralmente, sulla scorta del sistema informatizzato per il monitoraggio degli indicatori di Struttura/processo/esito legati alle lesioni da pressione, relativo al processo di assistenza in ambito ospedaliero;
- Monitoraggi di verifica sul campo congiunti, da parte delle UOC DAPS, UOC DMO e UOSD Risk Management e Qualità, a campione per la valutazione della corretta implementazione delle Linee Guida Regionali (Documento di Indirizzo per la prevenzione e la gestione delle Lesioni da pressione, dell'Aprile 2018)
- Report alla UOSD Risk Management e Qualità delle attività territoriali relativamente allo strumento utilizzato in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), da parte della UOC DAPS;
- Monitoraggio dato complessivo annuale al 31/12/2019 da parte della UOSD Risk Management e Qualità con report e relativo feedback alle UU.OO. del Presidio Ospedaliero, alla UOC DMO, alla UOC DAPS e alla Direzione Strategica entro il 31/01/2020.

**(Ob. 2) – Attività a: “Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione”.**

**Indicatore e scadenza:**

1. Realizzazione AUDIT **semestrali** da parte della UOC DAPS;
2. Riorganizzazione delle attività del Case Manager da parte della UOC DAPS, **entro il 30/06/2019**;
3. Invio dei dati rilevati dalla UOC DAPS alla UOSD Risk Management e Qualità **semestralmente**, sulla scorta del sistema informatizzato per il monitoraggio degli indicatori di Struttura/processo/esito legati alle lesioni da pressione, relativo al processo di assistenza in ambito ospedaliero;
4. Monitoraggi di verifica sul campo congiunti, da parte delle UOC DAPS, UOC DMO e UOSD Risk Management e Qualità , a campione per la valutazione della corretta implementazione delle Linee Guida Regionali (Documento di Indirizzo per la prevenzione e la gestione delle Lesioni da pressione, dell'Aprile 2018), **entro il 31/12/2019**;
5. Report alla UOSD Risk Management e Qualità delle attività territoriali relativamente allo strumento utilizzato in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), da parte della UOC DAPS **entro il 31/12/2019**;
6. Monitoraggio dato complessivo annuale al 31/12/2019 con report e relativo feedback alle UU.OO. del Presidio Ospedaliero, alla UOC DMO, alla UOC DAPS e alla Direzione Strategica entro il 31/01/2020, da parte della UOSD Risk Management e Q. **entro il 31/01/2020**;

**Standard:**100%

**Strutture Responsabili:** UOC DAPS e UOSD Risk Management e Qualità

**Scadenza:** 30/06/2019  
31/12/2019  
31/01/2020

**Matrice delle Responsabilità**

Azione	UOC DAPS	UOSD Risk Management Qualità	UOC DMO e altre UU.OO.	Direzione Strategica
1. Realizzazione AUDIT semestrali da parte della UOC DAPS, con report finale alla UOSD Risk Management e Q. ;	R	C	I	
2. Riorganizzazione delle attività del Case Manager da parte della UOC DAPS;	R	C	I	
3. Invio dei dati rilevati dalla UOC DAPS alla UOSD Risk Management e Q. <b>semestralmente</b> , sulla scorta del sistema informatizzato per il monitoraggio degli indicatori di Struttura/processo/esito legati alle lesioni da pressione, relativo al processo di assistenza in ambito ospedaliero;	R	C	I	
4. Monitoraggi di verifica sul campo congiunti, da parte delle UOC DAPS, UOC DMO e UOSD Risk Management e Q. , a campione per la valutazione della corretta implementazione delle Linee Guida Regionali (Documento di Indirizzo per la prevenzione e la gestione delle Lesioni da pressione, dell'Aprile 2018), <b>entro il 31/12/2019</b>	C	R	C	
5. Report alla UOSD Risk Management e Q. delle attività territoriali relativamente allo strumento utilizzato in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), da parte della UOC DAPS <b>entro il 31/12/2019</b> ;	R	C	I	
6. Monitoraggio dato complessivo annuale al 31/12/2019 con report e relativo feedback alle UU.OO. del Presidio Ospedaliero, alla UOC DMO, alla UOC DAPS e alla Direzione Strategica entro il 31/01/2020, da parte della UOSD Risk Management e Q. <b>entro il 31/01/2020</b> ;	C	R	I	I



**(Ob. 2) – Attività b: Coinvolgimento informativo delle Associazioni dei Diritti del Malato**

Il progetto di contenimento del rischio da Lesioni da Pressione (LdP) e CADUTE da parte di pazienti ha sempre previsto un confronto con le Associazioni dei Diritti del Malato che oltre ad avere una finalità informativa relativa alle attività dell'Azienda, ha inteso raccogliere anche eventuali suggerimenti e proposte in un'ottica di scambio, condivisione di progettualità che hanno come finalità la sicurezza e la salute del paziente ma anche la tutela dell'operatore nell'espletamento dell'attività professionale.

Viste le esperienze positive e i risultati ottenuti dagli incontri avvenuti negli anni 2017 e 2018 anche per l'anno 2019 sarà previsto un incontro informativo di tipo interattivo.

<b><u>(Ob. 2) - Attività b: Coinvolgimento delle Associazioni dei Diritti del Malato nelle attività del contenimento delle LESIONI da PRESSIONE e CADUTE</u></b>				
<b>Indicatore:</b> Realizzazione di un incontro per il feedback delle attività svolte				
<b>Standard:</b> 100%				
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità			<b>Incontro presentazione risultati</b> <b>Scadenza:31/12/2019</b>	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>				
<b>Azione</b>	<b>UOSD Risk Management e Qualità</b>	<b>UOC DAPS</b>	<b>UOC DMO</b>	<b>UOS Sviluppo Competenze e Formazione</b>
Progettazione e realizzazione di un incontro interattivo per la presentazione dei risultati anno 2019	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

**(Ob. 2) Attività c: Attività di analisi e monitoraggio relativa a:**

- Eventi sentinella.
- Segnalazioni di Incident Reporting.
- Cadute.

Nel corso del 2019 tali attività prevederanno:

- Analisi delle segnalazioni di Incident Reporting e organizzazione di audit per l'analisi degli eventi avversi/sentinella;

- *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, saranno monitorate per quanto relativo allo stato di attuazione e al rispetto della tempistica;
- *Attività di monitoraggio delle cadute di pazienti in ospedale:* sarà effettuato come di consueto un monitoraggio di tutte le cadute segnalate nel corso dell'anno con indicazione delle cause legate sia alle caratteristiche dei pazienti (assunzione di farmaci etc..) che alle caratteristiche ambientali e strutturali. Tale monitoraggio porterà elementi utili per una mappatura puntuale delle criticità, a completamento di altri elementi di criticità che permetteranno di individuare sempre più puntualmente le aree di miglioramento.

Pertanto nel corso del 2019 si proseguirà nella attività di reportistica, le attività previste sono le seguenti:

- Prosecuzione delle attività di monitoraggio poste già in essere.
- Realizzazioni di azioni integrate per la gestione delle segnalazioni.
- Implementazione delle azioni contenute nel "Piano Aziendale per la Prevenzione delle Cadute dei Pazienti" (Possibile revisione schede segnalazione Caduta e Incident ecc...).

<b>(Ob. 2) - Attività c: Attività di monitoraggio e analisi relativa a:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventi sentinella</li> <li>- Segnalazioni di Incident Reporting</li> <li>- Cadute</li> </ul>					
<b>Indicatore:</b> Report annuale integrato sulle segnalazioni di pertinenza della USOD Risk Management e Qualità, con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento					
<b>Standard:</b> 100%					
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità				<b>Scadenza:</b> 31/01/2020	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>					
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	UOC DAPS	UOC DMO	Altre UU.OO.	Direzione Strategica
Attività di reportistica di - segnalazioni di incident reporting; - segnalazione di eventi sentinella; - segnalazione di cadute	R	C	I	I	I



**(Ob. 2) Attività d - Realizzazione di un Piano di mappatura e valutazione del rischio clinico nella Casa della Salute di Magliano Sabina (Distretto n. 2).**

**(Ob.2) Attività e - Revisione della prima mappatura del rischio clinico della struttura Riabilitativa ex art.26 di Poggio Mirteto (Distretto n. 2).**

Viene prevista un revisione della prima mappatura del Rischio clinico della struttura Riabilitativa ex art. 26 di Poggio Mirteto (Distretto 2) con la collaborazione dei Responsabili della Struttura e dei Facilitatori del Rischio Clinico.

Inoltre viene prevista la stesura di una prima mappatura del rischio clinico della Casa della Salute di Magliano Sabina (Distretto n. 2) con la collaborazione dei Responsabili della Struttura e dei Facilitatori del Rischio Clinico.

Le attività di valutazione e gestione del Rischio Sanitario devono essere attenzionate anche nelle strutture territoriali di maggiore impatto (Casa della Salute di Magliano Sabina) per cui si rende necessario sviluppare attività di valutazione attraverso una prima fase di mappatura del Rischio Sanitario a cui devono seguire sviluppi di programmi di miglioramento progressivo con il coinvolgimento dei Responsabili della Struttura e dei Facilitatori del Rischio Clinico .

<b><u>(Ob. 2) - Attività d: Realizzazione di un Piano di mappatura e valutazione del rischio clinico nella Casa della Salute di Magliano Sabina (Distretto n. 2)</u></b>					
<b>Indicatore:</b> Piano di di mappatura e valutazione del rischio clinico					
<b>Standard:</b> 100%					
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità			<b>Scadenza:</b> 31/12/2019		
<b>Matrice delle Responsabilità</b>					
<b>Azione</b>	<b>UOSD Risk Management e Qualità</b>	<b>Responsabile della Struttura</b>	<b>UOC DAPS</b>	<b>UOC Tecnico Patrimoniale</b>	<b>RSPP</b>
Realizzazione di un Piano di mappatura e valutazione del rischio clinico nella Casa della Salute di Magliano Sabina (Distretto n. 2).	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

<b>(Ob. 2) - Attività e: Revisione della prima mappatura del rischio clinico della struttura Riabilitativa ex art.26 di Poggio Mirteto (Distretto n. 2) .</b>					
<b>Indicatore:</b> Revisione prima mappatura					
<b>Standard:</b> 100%					
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità				<b>Scadenza:</b> 31/12/2019	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>					
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	Responsabile della Struttura	UOC DAPS	UOC Tecnico Patrimoniale	RSPP
Revisione della prima mappatura del rischio clinico della struttura Riabilitativa ex art.26 di Poggio Mirteto (Distretto n. 2) .	R	C	C	C	C

**(Ob. 2) Attività f: Revisione della modulistica relativa alla materia del Consenso Informato**

attraverso la validazione dei Consensi prodotti da parte della Componente Aziendale del Comitato di Valutazione dei Sinistri (CAVS) medesimo e il coinvolgimento della UOSD di Medicina Legale;

La revisione della modulistica relativa alla materia del consenso informato rappresenta l'ultimo step di un'attività che è stata attenzionata negli ultimi anni attraverso le analisi delle criticità emerse, nel corso di controlli di campioni di cartelle cliniche, dalle evidenze osservate in sede di CAVS , e su cui sono stati attuati percorsi formativi specifici al personale (tematiche del consenso informato e qualità della documentazione sanitaria e relative responsabilità).

A conclusione delle prime fasi già previste nel PARM 2018 e che sono state la definizione da parte della UOSD Affari Generali e Legali e CAVS di un format aziendale di consenso informato relativo alle procedure ritenute di maggiore impatto organizzazione, la redazione dei relativi consensi informati coordinati dai Capo Dipartimento e del Responsabile della Casa della Salute.

È rimasta aperta l'attività di validazione dei consensi redatti che verrà posta a carico della componente aziendale CAVS congiuntamente con la UOC di Medicina Legale a cui si rimanda la responsabilità dell'azione.

<b><u>(Ob. 2) – Attività f: Revisione della modulistica relativa alla materia del Consenso Informato</u></b>				
<b>Indicatore:</b> Validazione della modulistica relativa i Consensi prodotti, a cura della Componente Aziendale del Comitato di Valutazione dei Sinistri del CAVS Aziendale con il coinvolgimento della UOSD di Medicina Legale.				
<b>Standard:</b> 100%				
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Medicina Legale			Validazione dei Consensi prodotti da parte del CAVS <b>Scadenza:31/12/2019</b>	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>				
<b>Azione</b>	<b>UOSD Medicina Legale</b>	<b>UOSD Affari Generali e Legali</b>	<b>UOSD Risk Management e Qualità</b>	<b>CAVS</b>
Validazione della modulistica relativa ai Consensi prodotti, a cura della Componente Aziendale del Comitato di Valutazione dei Sinistri del CAVS Aziendale con il coinvolgimento della UOSD di Medicina Legale.	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

**(Ob. 2) Attività g: Implementazione attività Sicurezza Farmaci**

- AUDIT di verifica a campione relativamente alle criticità rilevate dalla UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici sulle risultanze degli AUDIT del 2018, e report alla UOSD Risk Management e Q.;
- AUDIT di controllo applicazione procedura “Istruzione Operativa Gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antitumorale” nelle more della realizzazione della Centrale UFA, da parte della UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici;
- Realizzazione Centrale UFA presso i locali della Farmacia Ospedale di Rieti, secondo la pianificazione Aziendale deliberazione DG n. 995 del 24/12/2018, e report alla UOSD Risk Management e Q.;
- AUDIT di verifica a campione relativamente alle criticità rilevate dalla UOSD Risk Management e Q. sulla corretta applicazione delle procedure inerenti la sicurezza dei farmaci nel monitoraggio già effettuato dalla medesima UOSD nel 2018,
- Report finale alla Direzione Strategica da parte della UOSD Risk Management e Q.



<b>(Ob. 2) - Attività g: Implementazione attività Sicurezza Farmaci</b>				
<b>Indicatore:</b> AUDIT e Report.				
<b>Standard:</b> 100%				
<b>Strutture Responsabili:</b> UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici, UOSD Risk Management e Q. e UOC Tecnico Patrimoniale				<b>Scadenza:</b> 31/12/2019
<b>Matrice delle Responsabilità</b>				
Azione	UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici	UOC Tecnico Patrimoniale	UOSD Risk Management e Qualità	Direzione Strategica
AUDIT di verifica a campione relativamente alle criticità rilevate dalla UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici, sulle risultanze degli AUDIT del 2018 e report alla UOSD Risk Management e Q.	R		I	
AUDIT di controllo applicazione procedura "Istruzioni Operative Gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antitumorale" nelle more della realizzazione della Centrale UFA, da parte della UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici;	I		R	
Realizzazione Centrale UFA presso i locali della Farmacia Ospedale di Rieti, secondo la pianificazione Aziendale deliberazione DG n. 995 del 24/12/2018, e report alla UOSD Risk Management e Q.;	I	R	I	
AUDIT di verifica a campione relativamente alle criticità rilevate dalla UOSD Risk Management e Q. sulla corretta applicazione delle procedure inerenti la sicurezza dei farmaci nel monitoraggio già effettuato dalla medesima UOSD nel 2018.	I		R	
Report finale alla Direzione Strategica da parte della UOSD Risk Management e Q.	I		R	I

**(Ob. 2) Attività h: Revisione Procedure Aziendali in applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali.**

Revisione di due Procedure sulla scorta delle risultanze del monitoraggio del Centro Regionale di Rischio Clinico (CRRC), redatte ante 2016.

<b><u>(Ob. 2) - Attività h: Revisione Procedure Aziendali in applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali.</u></b>			
<b>Indicatore:</b> Revisione di due Procedure			
<b>Standard:</b> 100%			
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità		<b>Scadenza:</b> 31/12/2019	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>			
<b>Azione</b>	<b>UOSD Risk Management e Qualità</b>	<b>Gruppo di Lavoro</b>	<b>Direzione Sanitaria Aziendale</b>
Revisione di due Procedure sulla scorta delle risultanze del monitoraggio del Centro Regionale di Rischio Clinico (CRRC) redatte ante 2016.	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

**(Ob. 2) Attività i: Revisione e Adozione Procedura Aziendale per la prevenzione della morte materna e Neonatale correlata al travaglio e/o parto, in recepimento delle linee di indirizzo Regionali per la implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 6 e n.16 – anno 2017.**

A seguito della emanazione del documento di indirizzo del tavolo tecnico regionale (determina regionale n. G14075 del 05/10/2017) avente per oggetto: "Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto en. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso maggiore di 2500 gr, si è ritenuto fondamentale elaborare una rivisitazione della procedura aziendale sulla materia e già vigente dal 2015 (delibera DG n. 717 del 31/07/2015) attraverso la istituzione di un apposito gruppo di lavoro che vede coinvolte la struttura di Ostetricia e Ginecologia, con funzione di responsabilità del Gruppo di Lavoro, la struttura di Pediatria e Neonatologia, la struttura di Anestesia e Rianimazione, la DMO ospedaliera e la struttura del DAPS.

Si ripropone, per l'anno 2019 la revisione della Procedura, a cura del Gruppo di Lavoro già istituito nel PARM 2018.



**(Ob. 2) - Attività i:** Revisione e Adozione Procedura Aziendale per la prevenzione della morte materna e Neonatale correlata al travaglio e/o parto, in recepimento delle linee di indirizzo Regionali per la implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 6 e n.16 – anno 2017

**Indicatore:** Revisione e adozione della Procedura attraverso la istituzione di un apposito gruppo di lavoro.

**Standard:** 100%

**Struttura Responsabile:** UOC Ostetricia e Ginecologia      **Scadenza:** 30/12/2019

**Matrice delle Responsabilità**

<b>Azione</b>	<b>UOSD Risk Management e Qualità</b>	<b>Responsabile UOC Ostetricia e Ginecologia</b>	<b>Direzione Sanitaria Aziendale</b>	
Redazione della nuova procedura	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>	
Validazione e Pubblicazione della Procedura	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	



**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: Gestione Rischio Caduta in una prospettiva integrata e sistemica:**

Le cadute rappresentano il più frequente fra gli eventi avversi in sanità. Nell'anno 2018 c'è stata una riduzione delle evento cadute nell' Azienda **ASL Rieti pari all'11%, rispetto gli eventi segnalati nel 2017.**

Gli esiti correlati all'evento caduta rappresentano per le strutture ospedaliere e residenziali causa di maggiori costi dovuti al prolungarsi della degenza e a costi aggiuntivi per accertamenti diagnostici e/o eventuali terapie.

Il coordinamento aziendale composto da UOSD Risk Management, UOS Ingegneria Clinica, UOC Tecnico Patrimoniale e UOC DAPS, ha provveduto alla stesura del Piano di valutazione e gestione dell'evento caduta. La logica del piano ha consentito di implementare una visione sistemica dei rischi in cui ogni Struttura, nell'ambito delle proprie funzioni, ha fornito un utile contributo all'inquadramento della problematica secondo la logica multifattoriale del rischio.

Fra le attività implementate vi sono state quelle orientate allo sviluppo di modelli organizzativi e di lavoro centrati sulla responsabilità individuali dei professionisti nella prevenzione e gestione delle cadute e sul monitoraggio sistemico dell'evento avverso, nel predisporre un piano di adeguamento rispetto alle criticità strutturali/ambientali e un piano per l'acquisizione dei letti/attrezzature, nonché attività di monitoraggio sul campo per la verifica delle implementazione procedure aziendali e analisi costante del dato medesimo.

In particolare le attività previste per il 2019 sono:

- AUDIT semestrali del Piano di Miglioramento relativo alla applicazione della Procedura Aziendale "Evento caduta" con particolare riferimento al modello assistenziale di riferimento assunto dal piano di riorganizzazione della assistenza infermieristica, da parte della UOC DAPS, con report alla UOSD Risk Management e Q.;
- Report semestrale da parte della UOC DAPS, sulla scorta della implementazione del sistema informatizzato per il monitoraggio delle cadute alla UOSD Risk Management e Q.;
- AUDIT semestrali sulla corretta implementazione della procedura nel P.O. da parte della UOSD Risk Management e Q.;
- Realizzazione di un monitoraggio globale dell'evento caduta al 31/12/2019 da fornire come feedback alle singole UU.OO., alla UOC DAPS, alla UOC DMO e alla Direzione Strategica aziendale; da parte UOSD Risk Management e Q. entro il 31/01/2020;



- Definizione di una modalità procedurale per garantire una immediata istruttoria in caso di caduta di utente/visitatore presso qualsiasi sede Aziendale, con eventuale revisione/integrazione di quanto già in uso in Azienda;
- Applicazione del Piano di adeguamento Strutturale sulle criticità rilevate per rischio caduta, con previsione di tempistica di realizzazione presso il Presidio Ospedaliero di Rieti, da parte della UOC Tecnico Patrimoniale, come da proposta della UOC medesima del Dicembre 2018;
- Integrazione nei DVR oggetto di revisione presso il Presidio Ospedaliero delle relative criticità del rischio Caduta per il paziente con piano di miglioramento e relative tempistiche;
- Aggiornamento dei DVR relativi alle strutture extraospedaliere sulle criticità rischio caduta per il paziente e piano di miglioramento con relative tempistiche;
- Monitoraggio della proposta del piano di adeguamento letti ed altre attrezzature in funzione delle criticità rilevate con pianificazione delle modalità di risanamento e relative tempistiche.

L'applicazione del piano inerenti le criticità strutturali secondo il cronoprogramma previsto per il 2019 porterà al risanamento di queste che attualmente incidono quale variabile importante sul rischio caduta nel P.O.

La valutazione di tali aspetti anche nelle strutture del territorio per evidenziare le criticità strutturali ed ambientali che possono favorire l'evento caduta per i pazienti e utenti di tali strutture è un altro elemento utile a contenere tale rischio nel territorio oltre che nel P.O. anche nel territorio.

Il monitoraggio delle criticità riconducibili alle attrezzature/letti per fornire nelle more dell'acquisizione di tutti i letti/attrezzature per una sostituzione globale di questi, presso il P.O., fornendo la evidenza delle maggiori criticità e delle condizioni di priorità, può facilitare la gestione del rischio residuale.

Il monitoraggio della aderenza alla procedura e alle buone pratiche assistenziali implementate sarà utile contributo per una visione globale del rischio residuale.

Inoltre nel PARM 2019 si preve anche la riorganizzare delle attività procedurali già in uso in Azienda per l'analisi immediata di eventi caduta che interessano anche utenti esterni e a volte visitatori al fine di acquisire elementi certi circa il nesso di casualità in funzione risarcitoria. Si propone quindi un Gruppo di Lavoro che coinvolga tutte le funzioni interessate (UOC DMO, Direzione Distretti, UOC AA.GG. e Legali, UOSD Servizio Prevenzione e Protezione, UOSD Risk Management e Q., UOC Tecnico Patrimoniale e UOC Pronto Soccorso) al fine di rivedere ed integrare le procedure già in uso, i contenuti delle reperibilità già attivate ecc..., anche per garantire l'Azienda quando, in sede di contenzioso, si registra costantemente la carenza di dati utili a dimostrare la corretta dinamica della caduta e gli eventuali addebiti all'Azienda medesima.



**(Ob. 3) - Attività a:** Gestione Rischio Caduta in una prospettiva integrata e sistemica Definizione attività per la gestione dei rischi aziendali in una prospettiva integrata e sistemica.

**Indicatori:**

1. AUDIT **semestrali** del Piano di Miglioramento relativo alla applicazione della Procedura Aziendale "Evento caduta" con particolare riferimento al modello assistenziale di riferimento assunto dal piano di riorganizzazione della assistenza infermieristica, da parte della UOC DAPS, con report alla UOSD Risk Management e Q.;
2. Report **semestrali** da parte della UOC DAPS, sulla scorta della implementazione del sistema informatizzato per il monitoraggio delle cadute alla UOSD Risk Management e Q.;
3. AUDIT **semestrali** sulla corretta implementazione della procedura nel P.O. da parte della UOSD Risk Management e Q.;
4. Realizzazione di un monitoraggio globale dell'evento caduta al 31/12/2019 da fornire come feedback alle singole UU.OO., alla UOC DAPS, alla UOC DMO e alla Direzione Strategica aziendale; da parte UOSD Risk Management e Q. **entro il 31/01/2020**;
5. Definizione di una modalità procedurale per garantire una immediata istruttoria in caso di caduta di utente/visitatore presso qualsiasi sede Aziendale, con eventuale revisione/integrazione di quanto già in uso in Azienda **entro il 31/12/2019**;
6. Applicazione del Piano di adeguamento Strutturale sulle criticità rilevate per rischio caduta, con previsione di tempistica di realizzazione presso il Presidio Ospedaliero di Rieti, da parte della UOC Tecnico Patrimoniale, come da proposta della UOC medesima del Dicembre 2018, **entro il 31/12/2019**;
7. Integrazione nei DVR oggetto di revisione presso il Presidio Ospedaliero delle relative criticità del rischio Caduta per il paziente con piano di miglioramento e relative tempistiche **entro il 31/12/2019**;
8. Aggiornamento dei DVR relativi alle strutture extraospedaliere sulle criticità rischio caduta per il paziente e piano di miglioramento con relative tempistiche **entro il 31/12/2019**;
9. Monitoraggio della proposta del piano di adeguamento letti ed altre attrezzature in funzione delle criticità rilevate con pianificazione delle modalità di risanamento e relative tempistiche e da estendersi anche al territorio **entro il 31/12/2019**.

**Standard: 100%**

**Strutture Responsabili:** UOC DAPS, UOSD Risk Management e Qualità, UOC Tecnico Patrimoniale, UOSD SPP e UOC Affari Generali e Legali

**Scadenza:** 30/06/2019  
31/12/2019  
31/01/2020



	Matrice delle Responsabilità							
Azione	UOC DAPS	UOSD Risk Management e Qualità	UOC Tecnico Patrimoniale	UOS SPP	UOSD Ingegneria	UOC Affari Generali e Legali	DMO	Direzione Strategica
1.AUDIT semestrali del Piano di Miglioramento relativo alla applicazione della Procedura Aziendale "Evento caduta" con particolare riferimento al modello assistenziale di riferimento assunto dal piano di riorganizzazione della assistenza infermieristica, da parte della UOC DAPS, con report alla UOSD Risk Management e Q.;	R	C						
2.Report semestrali da parte della UOC DAPS, sulla scorta della implementazione del sistema informatizzato per il monitoraggio delle cadute alla UOSD Risk Management e Q.;	R	C						
3.AUDIT semestrali sulla corretta implementazione della procedura nel P.O. da parte della UOSD Risk Management e Q.;	I	R	I	I	I		I	
4.Realizzazione di un monitoraggio globale dell'evento caduta al 31/12/2019 da fornire come feedback alle singole UU.OO., alla UOC DAPS, alla UOC DMO e alla Direzione Strategica aziendale, da parte UOSD Risk Management e Q. entro il 31/01/2020	I	R					I	I



Azione	UOC DAPS	UOSD Risk Management e Qualità	UOC Tecnico Patrimoniale	UOS SPP	UOSD Ingegneria Clinica	UOC Affari Generali e Legali	DMO	Direzione Strategica
5. Definizione di una modalità procedurale per garantire una immediata istruttoria in caso di caduta di utente/visitatore presso qualsiasi sede Aziendale, con eventuale revisione/integrazione di quanto già in uso in Azienda entro il 31/12/2019	I	C	C	C		R	C	I
6. Applicazione del Piano di adeguamento Strutturale sulle criticità rilevate per rischio caduta, con previsione di tempistica di realizzazione presso il Presidio Ospedaliero di Rieti, da parte della UOC Tecnico Patrimoniale, come da proposta della UOC medesima del Dicembre 2018, entro il 31/12/2019	I	I	R	C	I		I	I
7. Integrazione nei DVR oggetto di revisione presso il Presidio Ospedaliero delle relative criticità del rischio Caduta per il paziente con piano di miglioramento e relative tempistiche entro il 31/12/2019;	I	I	C	R	I			I
8. Aggiornamento dei DVR relativi alle strutture extraospedaliere sulle criticità rischio caduta per il paziente e piano di miglioramento con relative tempistiche entro il 31/12/2019;	I	I	C	R	I			I
9. Monitoraggio della proposta del piano di adeguamento letti ed altre attrezzature in funzione delle criticità rilevate con pianificazione delle modalità di risanamento e relative tempistiche entro il 31/12/2019.	I	I	I	R	I		I	I

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

Per questo obiettivo verrà garantita la presenza agli incontri a livello Regionale e alle attività in cui l'Azienda ASL verrà coinvolta:

### (Ob. 4) - Attività a:

- Garantire la partecipazione a tutte le attività indette e Coordinate a livello Regionale
- Recepimento delle Linee di Indirizzo Regionale in materia di Rischio Clinico

<b><i>(Ob. 4) - Attività a: Garantire la partecipazione a tutte le attività indette e Coordinate a livello Regionale</i></b>				
<b>Indicatore:</b> N. Convocazioni Regionali / N. Presenze del Risk Manager o delegato = 100%				
<b>Standard:</b> SI				
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità			<b>Scadenza:</b> 31/12/2019	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>				
<b>Azione</b>	<b>UOSD Risk Management e Qualità</b>			
Assicurare la partecipazione alle convocazioni da parte della Regione per problematiche inerenti il Rischio Clinico e presenza ai Tavoli di Risk Management del Centro Regionale Rischio Clinico	<b>R</b>			
Recepimento delle Linee di Indirizzo Regionale in materia di Rischio Clinico	<b>R</b>			



## **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.

## **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.
- Determina Regione Lazio n. G 00164 del 11/01/2019.
- 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
UOS/UOSD	Unità Operativa Semplice/Semplice Dipartimentale
AA.GG e Legali	Affari Generali e Legali
ACeSIS	Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari
DMO	Direzione Medica Ospedaliera
DAPS	Dipartimento 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
CAVS	Comitato Aziendale Valutazione Sinistri

## 8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Save Surgery Save Live”.
2. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
3. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
4. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
5. Ministero della Salute: “Risk Management e Qualità in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
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](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](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. 160/DG del 13/03/2015 – Adozione Piano Annuale 2015 di Risk Management.
11. Deliberazione ASL Rieti n. 852/DG del 27/07/2016 – Adozione Piano Annuale 2016 di Risk Management e Qualità.
12. Deliberazione ASL Rieti n. 195/DG del 01/03/2018 – Adozione Piano Annuale 2018 di Risk Management (PARM) e Piano Annuale per le ICA.
13. Deliberazione ASL Rieti n. 88/DG del 31.01.2014 – Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014 – 2016.
14. Deliberazione ASL Rieti n. 91/DG del 31.01.2014 – Aggiornamento piano della prestazione e dei risultati 2014 – 2016;
15. 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.
16. Deliberazione ASL Rieti n° 69/DG del 11/02/2015 Costituzione Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS).
17. Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.
18. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356  
Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".
19. Determinazione 18 ottobre 2017, n. G14075  
Approvazione del "Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte Materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi".
20. Determinazione 27 aprile 2018, n. G05584  
Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)".
21. Determinazione 25 ottobre 2018, n. G13505/2018  
Prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari
22. Determinazione n. G00164 del 11/01/2019 : Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”,