

**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. 195 del 01.03.2018**STRUTTURA PROPONENTE U.O.S.D. RISK MANAGEMENT E QUALITA'****Oggetto: Adozione Piano Annuale 2018 di Risk Management (PARM) e "Piano Annuale per le ICA"**Estensore: Sig. *Giovanni Filippetti*

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 28/02/2018Il Dirigente: *Dott.ssa Manuela Serva*

Firma

Data 28/02/2018

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 28/02/2018

Firma

Parere del Direttore Sanitario

Dott.ssa Velia Bruno

favorevole non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto) Data 28/02/2018

Firma

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TENUTO CONTO che il controllo del rischio clinico, in riferimento agli eventi sentinella ed altri eventi avversi, alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), alle Lesioni da Pressione, alle Cadute e a qualsiasi altro fattore che impatti nella 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): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CC-ICA)” per l’anno 2014;

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

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)” con le quali:

- si approva il documento recante “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”
- si stabilisce che le Aziende ed Enti del SSR dovranno attenersi, nell’adozione del Piano Annuale del Risk Management (PARM), a quanto previsto dalle suddette Linee Guida;
- si stabilisce altresì, l’Azienda elabora il “Piano Annuale per le ICA”, che integra il 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.

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;

TENUTO CONTO anche del Piano Regionale della Prevenzione ed in particolare il Progetto 7.3 “Contenimento delle Infezioni correlate all’assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell’uso degli antibiotici” che detta le attività da portare a compimento relativamente alla problematica delle ICA;

PRESO ATTO del Piano Annuale per le ICA, predisposto dalla Direzione Medica Ospedaliera e approvato dal CC-ICA nella seduta del 27/02/2018;



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 2018**”;
- 2. DI APPROVARE** il documento “**Piano Annuale per le ICA**”, allegati alla presente deliberazione formandone parte integrante e sostanziale, secondo quanto indicato dalle linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) approvate con Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 e con determinazione della Regione Lazio N° G01226 del 02/02/2018;
- 3. 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 Marinella D'Innocenzo



La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale

in data 01 MAR. 2018

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge

dal 01 MAR. 2018

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 01 MAR. 2018

Rieti li

01 MAR. 2018

IL FUNZIONARIO

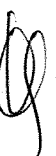




“PIANO ANNUALE PER LE ICA ANNO 2018”

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. PREMESSA..... | 3 |
| 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'..... | 3 |
| 3. OBIETTIVI | 5 |
| 4. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'..... | 5 |
| 5. LEGENDA DEGLI ACRONIMI UTILIZZATI..... | 21 |
| 6. RIFERIMENTI NORMATIVI | 21 |
| 7. BIBLIOGRAFIA | 22 |



1. PREMESSA

Nel panorama dei potenziali rischi per la sicurezza del paziente attribuibili all'assistenza sanitaria, le complicanze infettive giocano un ruolo di primo piano, perché sono frequenti, perché hanno un elevato impatto clinico ed economico e perché sono in parte evitabili con l'adozione di misure di provata efficacia. La frequenza con cui compare una complicanza infettiva è pari a 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, 5-8% in pazienti residenti in strutture per anziani e 1% in pazienti in assistenza domiciliare (1,2,3). Sono inoltre sempre più frequenti le infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici. Oltre che essere frequenti, le infezioni correlate all'assistenza sanitaria sono anche gravi: il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) ha stimato che le infezioni associate all'assistenza sanitaria sono causa di 37 000 decessi/anno in Europa; per le sepsi e le polmoniti si stima una mortalità attribuibile pari a 20-30% (4,5). Il costo annuale per le infezioni ospedaliere è stato stimato essere pari a 6,7 milioni di dollari negli Stati Uniti e a 1,7 milioni di dollari nel Regno Unito(3). Su 100 ICA, in media 20 sono prevenibili (6) questa stima cambia però sostanzialmente a seconda del tipo di infezione e del contesto: diversi studi hanno infatti riportato una riduzione della frequenza di complicanze infettive in seguito a programmi di intervento, che andava dal 10% al 70%.

Il Piano annuale per le ICA assume le indicazioni delle LL.GG. DCA 4 novembre 2016, n. U00328, prevede gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione 2014/18, Progetto 7.3 "Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici" nonché del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antibiotico Resistenza 2017/20, segue le indicazioni tecnico-procedurali e le tempistiche riportate nel documento regionale "Linee Guida per la redazione del PARM 2018, sviluppa le azioni previste nel Piano Attuativo Aziendale per il programma di "Prevenzione e controllo delle malattie infettive" e dà seguito a tutte le azioni aziendali intraprese nel corso del 2017.

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del Piano annuale delle ICA riconosce due specifiche responsabilità:

- quella del CC-ICA che redige e promuove lo stesso tenendo in debito conto le Linee Guida regionali;
- quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna ad adottarlo con deliberazione e a fornire al CC-ICA le risorse e le opportune direttive (specifici obiettivi di budget) per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

| Azione | Presidente CC-ICA | CC-ICA | Direttore Generale | Direttore Sanitario Aziendale | Direttore Amministrativo Aziendale | UOSD Risk Management e Qualità (RM) |
|---------------------------------|-------------------|--------|--------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Proposta Piano Annuale ICA | R | C | I | I | I | C |
| Approvazione Piano Annuale ICA | C | R | I | I | I | C |
| Deliberazione Piano Annuale ICA | I | I | R | C | C | C |
| Monitoraggio Piano Annuale ICA | C | C | I | I | I | R |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

Relativamente alla **Matrice delle Responsabilità** delle singole azioni previste nel Piano annuale delle ICA 2018, vengono indicate le **Strutture Responsabili** e le **Strutture Coinvolte** di volta in volta sulle singole azioni da porre in essere.

3. OBIETTIVI

Gli obiettivi identificati per l'anno 2018 sono i seguenti:

- 1. Sorveglianza epidemiologica delle ICA**
- 2. Sorveglianza ICA in Rianimazione**
- 3. Sorveglianza germi Alert**
- 4. Monitoraggio del consumo degli antibiotici e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva**
- 5. Revisione procedure**
- 6. Formazione degli operatori e Informazione alla utenza**

Di seguito si individuano diverse linee di attività in riferimento ai singoli obiettivi declinati secondo le linee guida regionali, i piani strategici aziendali e le concrete esigenze operative aziendali, in modo da dare continuità alle attività già intraprese negli anni precedenti.

4. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

Obiettivo n. 1: Sorveglianza epidemiologica delle ICA

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** sorveglianza delle infezioni da Clostridium Difficilis nel P.O. S. Camillo del Lellis

| OBIETTIVO N. 1: SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLE ICA | | | | |
|---|---------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| ATTIVITÀ A : PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI SORVEGLIANZA REGIONALE DELLE ICD 2018 | | | | |
| INDICATORE: REPORT | | | | |
| STANDARD: SI | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO | | | SCADENZA: 31/12/2018 | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | |
| AZIONE | UOC DMO | UOSD Laboratorio Analisi | UU.OO. | UOSD Risk Management e Qualità |
| Conduzione Studio | R | I | I | I |
| Rilevazione dati | R | C | C | I |
| Invio dati al Coordinamento Regionale progetto 7.3 del PRP | R | I | I | I |
| Feedback informativo a Direzione Aziendale, alla Risk Manager e alle UU.OO | R | I | I | I |

- **Attività b:** report ceppi microbici circolanti nella struttura sanitaria, distinti per tipologia di materiale biologico e per singole UU.OO.

| OBIETTIVO N. 1: SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLE ICA | | | | |
|--|----------------|---------------|--|---|
| ATTIVITÀ B : REPORT CEPPI MICROBICI CIRCOLANTI NELLA STRUTTURA SANITARIA, DISTINTI PER MATERIALE E UU.OO. | | | | |
| INDICATORE: REALIZZAZIONE REPORT | | | | |
| STANDARD: SI | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOSD LABORATORIO ANALISI | | | SCADENZA: TRIMESTRALE – ENTRO IL 20° GIORNO DALLA SCADENZA | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | |
| AZIONE | UOC DMO | CC-ICA | UOSD Laboratorio Analisi | UOSD Risk Management e Qualità |
| Estrazione dati | C | I | R | I |
| Elaborazione report | C | I | R | I |
| Feedback informativo alla RM e UU.OO. | R | I | I | I |



Obiettivo n. 2: Sorveglianza ICA in Rianimazione

Per questo obiettivo è stata prevista la seguente attività:

- **Attività a** : elaborazione istruzione operativa per lo screening delle ICA in Rianimazione

| OBIETTIVO N. 2: SORVEGLIANZA ICA IN RIANIMAZIONE | | | | | | |
|--|---------------|--------------------------------------|-------------|-------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| ATTIVITÀ A : ELABORAZIONE PROCEDURA "BUNDLES PER LA PREVENZIONE ICA IN RIANIMAZIONE | | | | | | |
| INDICATORE: REALIZZAZIONE DOCUMENTO | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO | | | | SCADENZA:30/06/2018 | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | Coordinatore Gruppo di lavoro | DAPS | UOC Anest/Rianimazione | UOSD Risk Management e Qualità | UOC DMO |
| Formalizzazione del gruppo di lavoro e del Coordinatore | C | I | I | I | I | R |
| Elaborazione istruzione operativa | C | R | C | C | I | C |
| Approvazione istruzione operativa | R | C | I | I | C | I |

Obiettivo n. 3: Sorveglianza germi Alert

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a** : monitoraggio germi Alert

| OBIETTIVO N. 3: SORVEGLIANZA GERMI ALERT | | | | |
|--|----------------|---------------|--|---|
| ATTIVITÀ A : MONITORAGGIO GERMI ALERT | | | | |
| INDICATORE: REALIZZAZIONE REPORT | | | | |
| STANDARD: SI | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOSD LABORATORIO ANALISI | | | SCADENZA: TRIMESTRALE- ENTRO IL 20° GIORNO DALLA SCADENZA | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | |
| AZIONE | UOC DMO | CC-ICA | UOSD Laboratorio Analisi | UOSD Risk Management e Qualità |
| Elaborazione dati microbiologici | C | I | R | I |
| Elaborazione dati rilevati dalle infermiere AICA | R | I | I | I |
| Feedback informativo a Direzione Aziendale, alla RM e UU.OO. | R | I | I | I |



- **Attività b:** implementazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il Sistema di Sorveglianza Nazionale delle batteriemie da CPE

| OBIETTIVO N. 3: SORVEGLIANZA GERMI ALERT | | | | | |
|---|----------------|---------------------------------|---|---------------|---------------------------------------|
| ATTIVITÀ B: IMPLEMENTAZIONE DELLE MODALITÀ DI RACCOLTA E FLUSSO DEI DATI PER IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLE BATTERIEMIE DA CPE | | | | | |
| INDICATORE: REPORT NOTIFICHE DELLE BATTERIEMIE DA CPE | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOC ISP | | | SCADENZA: SEMESTRALE- ENTRO IL 20° GIORNO DALLA SCADENZA | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | | |
| AZIONE | UOC DMO | UOSD Laboratorio Analisi | ISP | CC-ICA | UOSD Risk Management e Qualità |
| Invio scheda ministeriale di notifica CPE alla DMO | I | R | I | I | I |
| Report schede di notifica inviate da DMO all'ISP /n° batteriemie da CPE | R | C | C | I | I |
| Invio flusso dati al Sistema Sorveglianza Nazionale batteriemie da CPE | I | I | R | I | I |
| Report schede inviate alla Regione | I | I | R | I | I |

- **Attività c:** attivazione sorveglianza attiva (screening) sui pazienti operandi per ricerca Staphilococco Aureus Meticillino Resistente (MRSA) tramite tampone faringeo

| OBIETTIVO N. 3: SORVEGLIANZA GERMI ALERT | | | | | |
|--|--------|---|---|------------|--------------------------------------|
| ATTIVITÀ C: screening pazienti operandi (categorie a rischio maggiore) per ricerca Staphilococco Aureus Meticillino Resistente (MRSA) tramite tampone faringeo | | | | | |
| INDICATORE: REPORT POSITIVITA' | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: CC-ICA | | | SCADENZA: TRIMESTRALE ENTRO 20° GIORNO DALLA SCADENZA (START APRILE 2018) | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | UUOO Dip. Chirurgico + Serv Preospedalizzazione | UOSD Laboratorio Analisi | UOC DMO | UOSD Risk Management e Qualità |
| Approvazione Istruzione Operativa | R | C | C | C | C |
| Effettuazione screening secondo istruzione operativa | I | R | C | I | I |
| Elaborazione dati con report trimestrali | I | C | C | R | I |
| Feedback informativo alla RM, alle UU.OO Dip Chirurgico e al Serv. Preosp. Centralizzata | I | I | I | R | I |

- **Attività d:** sorveglianza MDRO nei pazienti ricoverati in regime di DS ONE-DS

| OBIETTIVO N.3: SORVEGLIANZA GERMI ALERT | | | | | |
|---|---------------|--------------------------------|---|--------------------|---|
| ATTIVITÀ D: SORVEGLIANZA GERMI ALERT NEI PAZIENTI RICOVERATI IN DS, ONE-DS | | | | | |
| INDICATORE: ELABORAZIONE ISTRUZIONE OPERATIVA | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: CC-ICA | | | SCADENZA: 30/09/2018 | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | UUOO Dip Chirurgico | UOSD Laboratorio Analisi | UOC DMO | UOSD Risk Management e Qualità |
| Formalizzazione del gruppo di lavoro | C | I | I | R | I |
| Elaborazione istruzione operativa | I | R | C | C | C |

- **Attività e:** inserimento degli obiettivi inerenti la prevenzione e controllo delle ICA nell'assegnazione degli obiettivi di budget ai Responsabili di UU.OO.

| OBIETTIVO N. 3: SORVEGLIANZA GERMI ALERT | | | |
|--|---------------|-----------------------------|---|
| ATTIVITÀ E: INSERIMENTO DEGLI OBIETTIVI INERENTI LA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA NELL'ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET AI RESPONSABILI DI UU.OO. | | | |
| INDICATORE: PROPOSTA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DI BUDGET | | | |
| STANDARD: SI | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO | | SCADENZA: 30/06/2018 | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | |
| AZIONE | CC-ICA | UOC DMO | UOSD Risk Management e Qualità |
| Individuazione obiettivi di budget | C | R | I |
| Proposta dell'inserimento degli obiettivi alla Direzione Aziendale | C | R | I |

Obiettivo n. 4: Monitoraggio del consumo degli antibiotici e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a** : definizione del piano di attività 2018 del Gruppo Operativo Antimicrobial Stewardship ASL Rieti

| OBIETTIVO N. 4: MONITORAGGIO DEL CONSUMO DEGLI ANTIBIOTICI E MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA | | | | | |
|--|--------|------|---|--|--------------------------------|
| ATTIVITÀ A : DEFINIZIONE DEL PIANO DI ATTIVITÀ 2018 DEL GOAS ASL RIETI | | | | | |
| INDICATORI: DOCUMENTO PIANO DI ATTIVITÀ + REPORT ATTIVITA' | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: CC-ICA | | | SCADENZA: 1) PRESENTAZIONE PIANO 30/03/2018 2) REPORT ATTIVITA'SVOLTE 31/01/2019 | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | GOAS | UOC DMO | UU.OO Pol. Farmaco/ Malattie Infettive/Laboratorio Analisi | UOSD Risk Management e Qualità |
| Convocazione GOAS | C | C | R | C | I |
| Definizione Piano Attiv. | C | R | I | C | I |
| Report Attività svolte a Direzione Aziendale, alla RM e UU.OO | C | R | C | C | I |

- **Attività b** : individuazione degli obiettivi inerenti il monitoraggio dell'uso di antibiotici ed inserimento degli stessi nell'assegnazione degli obiettivi di budget ai Responsabili di UU.OO.

| | | | | |
|---|--------|-----|------------------------------|--------------------------------|
| OBIETTIVO N. 4: MONITORAGGIO DEL CONSUMO DEGLI ANTIBIOTICI E MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA | | | | |
| ATTIVITÀ B : INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI INERENTI IL MONITORAGGIO DELL'USO DI ANTIBIOTICI ED INSERIMENTO DEGLI STESSI NELL'ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET AI DIRIGENTI DEI CENTRI DI ATTIVITÀ | | | | |
| INDICATORE : PROPOSTA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DI BUDGET | | | | |
| STANDARD : SI | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE : UOC DMO | | | SCADENZA : 30/06/2018 | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | DMO | GOAS | UOSD Risk Management e Qualità |
| Individuazione obiettivi di budget | C | R | C | I |
| Proposta dell'inserimento degli obiettivi alla Direzione Aziendale | C | R | C | I |

- **Attività c** : report sul consumo degli antibiotici e relativi costi

| OBIETTIVO N. 4: MONITORAGGIO DEL CONSUMO DEGLI ANTIBIOTICI E MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA | | | | | | |
|--|---------------|-----------------|----------------|---|---------------------------------------|-------------|
| ATTIVITÀ C : REPORT SUL CONSUMO DEGLI ANTIBIOTICI E RELATIVI COSTI | | | | | | |
| INDICATORE: REPORT | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOC POLITICHE DEL FARMACO | | | | SCADENZA SEMESTRALE – ENTRO IL 20° GIORNO DALLA SCADENZA | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | FARMACIA | UOC DMO | UOSD Laboratorio Analisi | UOSD Risk Management e Qualità | GOAS |
| Report consumi | I | R | I | C | I | C |
| Invio report Coordinamento Regionale Progetto 7.3 PRP | I | C | R | I | I | C |
| Report appropriatezza prescrizione antibiotici per germi alert | I | R | I | C | I | C |
| Report costo antibiotici | I | R | I | I | I | C |
| Feedback alla direzione aziendale, alla RM e alle UU.OO. | C | R | I | I | I | C |



Obiettivo n. 5: Revisione procedure

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a** : revisione procedura aziendale "Prevenzione delle Infezioni del sito chirurgico" con implementazione protocollo per la corretta gestione delle ferite chirurgiche e la sorveglianza delle ISC.

| OBIETTIVO N. 5: REVISIONE PROCEDURE | | | | | | |
|---|--------|-------------------------------|---------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| ATTIVITÀ A: REVISIONE PROCEDURA AZIENDALE " PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO" CON IMPLEMENTAZIONE PROTOCOLLO CORRETTA GESTIONE FERITE CHIRURGICHE E SORVEGLIANZA ISC. | | | | | | |
| INDICATORE: REVISIONE PROCEDURA | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO | | | | SCADENZA: 30/09/2018 | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | UOSD Malattie Infettive | UOC DMO | UOSD Laboratorio Analisi | UOSD Risk Management e Qualità | Dip Chirur gico |
| Individuazione GdL | C | C | R | C | C | C |
| Revisione procedura | C | C | R | C | C | C |



- **Attività b** : revisione procedura aziendale "Gestione dei Rifiuti Ospedalieri"

| OBIETTIVO N. 5: REVISIONE PROCEDURE | | | | | | | | |
|--|---------------|--|--------------------|------------|----------------------------|----------------------|---|-----------------|
| ATTIVITÀ B : REVISIONE PROCEDURA AZIENDALE "GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI" | | | | | | | | |
| INDICATORE: REVISIONE PROCEDURA | | | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: DMO | | | | | SCADENZA:30/06/2018 | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | UOSD Malattie Infettive | UOC DMO | SPP | D A P S | D T P | UOSD Risk Management e Qualità | UOC ALBS |
| Revisione procedura | C | C | R | C | C | C | C | C |

Obiettivo n. 6: Formazione degli operatori e Informazione dell'utenza

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a** : partecipazione alla realizzazione del Progetto Formativo Regionale sulle ICD - Progetto 7.3 del PRP.

| OBIETTIVO N. 6: FORMAZIONE DEGLI OPERATORI | | | | | | | | |
|--|---------------|--|--------------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------------|--|-------------|
| ATTIVITÀ A : REALIZZAZIONE PROGETTO FORMATIVO REGIONALE SULLE ICD- PROGETTO 7.3 | | | | | | | | |
| INDICATORE: PROGETTO AZIENDALE | | | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO | | | | | SCADENZA:31/12/2018 | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | UOSD Malattie Infettive | UOC POLITICHE FARMACO | UOC DMO | UOSD Lab. Analisi | UO Formazione | UOSD Risk Manag ement e Qualità | DAPS |
| Progettazione | I | C | C | R | C | I | C | C |
| Realizzazione | I | C | C | R | C | R | C | C |

- **Attività b:** promozione partecipazione degli operatori individuati ai programmi formativi regionali per il monitoraggio e la prevenzione delle ICA e l'uso appropriato degli antibiotici secondo quanto previsto e nei tempi stabiliti dall'azione Regionale 9.14.2 del PRP

| OBIETTIVO N. 6: FORMAZIONE DEGLI OPERATORI | | | | | |
|---|----------------------|------------|-----------------------------|------|--------------------------------------|
| ATTIVITÀ B: PROMOZIONE PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI INDIVIDUATI AI PROGRAMMI FORMATIVI REGIONALI PER IL MONITORAGGIO E LA PREVENZIONE DELLE ICA E L'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI SECONDO QUANTO PREVISTO E NEI TEMPI STABILITI DALL'AZIONE REGIONALE 9.14.2 DEL PRP | | | | | |
| INDICATORE: PROGETTO AZIENDALE | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO | | | SCADENZA: 31/12/2018 | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | | | | |
| AZIONE | Presidente CC-ICA | UOC DMO | Responsabili UU.OO. | DAPS | UOSD Risk Management e Qualità |
| Recepimento delle indicazioni regionali | R | C | I | C | I |
| Comunicazione dei progetti formativi ai Responsabili di UU.OO e al DAPS | R | C | I | C | I |
| Individuazione dei partecipanti | I | I | R | C | I |



- **Attività c** : Open –Day per informazione dell' Utenza sulla prevenzione delle ICA in ospedale

| | | | | | | |
|---|--------|----------------------|---------------------|------------------------------|------------|------|
| OBIETTIVO N. 6: INFORMAZIONE DELL'UTENZA | | | | | | |
| ATTIVITÀ C: OPEN-DAY IN OCCASIONE DELLA GIORNATA MONDIALE PER LA PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI | | | | | | |
| INDICATORE: EVENTO | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO | | | | SCADENZA: 30/06//2018 | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | UOSD M. Infettive | UOC Pol. Farmaco | UOC DMO | UOSD RM | DAPS |
| Incontro formativo | C | C | C | R | C | C |

- **Attività d**: opuscolo informativo per gli utenti sulle norme igienico - comportamentali

| | | | | | | |
|---|--------|--------------------|------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----|
| OBIETTIVO N. 6: FORMAZIONE/INFORMAZIONE ALL'UTENZA | | | | | | |
| ATTIVITÀ D: REALIZZAZIONE BROCHURE INFORMATIVA PER GLI UTENTI SULL'IGIENE DELLE MANI CON GEL IDROALCOOLICO | | | | | | |
| INDICATORE: BROCHURE | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO | | | | SCADENZA: 30/06/2017 | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | UOC Pol Farmaco | UOC DMO | DAPS | UOSD Risk Management e Qualità | URP |
| Realizzazione Brochure | I | C | R | C | I | I |

5.LEGENDA degli ACRONIMI utilizzati :

CC-ICA = Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza

ICA = Infezioni Correlate all'Assistenza

RM = Risk Manager

ICD Infezioni da Clostridium Difficilis

CPE = Enterobatteriacee Produttrici di Carbapenemi

MRSA = Staphilococco Aureus Penicillino Resistente

AICA = Infermiere addette al ontrollo delle infezioni correlate all'assistenza

ISP = Igiene e Sanità Pubblica

DS = Day Surgery

GOAS = Gruppo Operativo Antimicrobial Stewardship

PRP = Piano regionale per la Prevenzione

ISC = Infezioni del Sito Chirurgico

DAPS = Dipartimento Aziendale delle professioni Sanitarie

ALBS = Acquisizione Logistica Beni e Servizi

URP = Ufficio Relazioni con il Pubblico

6.RIFERIMENTI NORMATIVI

1. 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)".
2. Regione Lazio Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)
3. PRP 2014-18
4. Raccomandazione del consiglio Europeo del 9/6/09 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria

5. Decreto del Commissario ad Acta (DCA) N. U00017 del 16/01/2015 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014- 2018
6. Piano Attuativo Aziendale ASL RIETI 2016
7. Ministero della Salute, PNCAR 2017/20
8. L24/17 Gelli-Bianco
9. Regione Lazio LG per l'elaborazione del PARM 2018.

7.BIBLIOGRAFIA

1. Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Progetto "Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie - INF-OSS" finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie – CCM
2. Jarvis WR. Infection Control and Changing Health-Care Delivery Systems. *Em Infect Dis*, 2001; 7: 170-173.
3. Burke JP. Patient safety: infection control - a problem for patient safety. *N Engl J Med*, 2003 Feb 13; 348 (7): 651-656.
4. Wenzel RP, Edmond MB. The impact of hospital-acquired bloodstream infections. *Emerg Infect Dis*, 2001 Mar-Apr; 7 (2):174-177.
5. Regione Friuli Venezia Giulia Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, Settembre 2016
6. Cook D. Ventilator associated pneumonia: perspectives on the burden of illness. *Intensive Care Med*, 2000; 26 (Suppl 1):S31-S37.
7. Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect*, 2003; 54: 258-266
8. Linee Guida OMS sull'igiene delle Mani, 2009
9. WHO Global Guidelines for the prevention of surgical site infections, 2016.
10. Position Statement ANIPIO-CID 2016.



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2018

A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page.

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. PREMESSA | 3 |
| 1.1 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO..... | 5 |
| 1.2 DESCRIZIONE DEGLI EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO TRIENNIO..... | 5 |
| 1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA | 8 |
| 1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM 2017 | 9 |
| 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ..... | 17 |
| 3. OBIETTIVI | 17 |
| 4. ATTIVITÀ..... | 22 |
| 5. DIFFUSIONE..... | 45 |
| 6. RIFERIMENTI NORMATIVI | 45 |
| 7. GLOSSARIO | 46 |
| 8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA | 46 |



1. PREMESSA

La sicurezza delle cure e la qualità delle stesse deve essere costantemente implementata con una logica di sistema che integra le diverse funzioni implicate nella gestione dei rischi ad attività che devono tendere ad innalzare il grado di resilienza degli operatori, nonché la resilienza organizzativa mitigando l'approccio difensivo e inducendo logiche proattive nella gestione del rischio clinico.

La sicurezza delle cure, che parte dall'analisi e dal monitoraggio degli eventi avversi, dalla elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche sicure oltre che consolidare la formazione degli operatori sanitari prevedendo anche il coinvolgimento di pazienti e cittadini, deve prevedere un passaggio fondamentale rappresentato dal monitoraggio sul campo delle Procedure, delle Istruzioni Operative, dei protocolli ecc., per verificare concretamente il valore aggiunto delle stesse nella pratica quotidiana, o la loro necessità di revisione/semplificazione/aggiustamenti in linea con le esigenze operative di ogni singolo contesto.

Nel convincimento della strategicità delle analisi delle interferenze delle diverse sicurezze aziendali nella gestione dei processi, al fine di promuovere quella visione globale ma capillare del rischio, l'Azienda svilupperà azioni di Risk Management sulla scorta di modelli gestionali del rischio sanitario modulati in un'ottica di gestione globale dello stesso che punta al coinvolgimento dell'intera organizzazione aziendale. In questa ottica di unitarietà di intenti e di sinergie si sviluppano azioni integrate al Comitato Valutazione Sinistri (CVS), che già implementate nel precedente PARM 2017 potranno trovare una consequenziale linea di attività della rimodulazione e ridefinizione dei "consensi informati", con modulistica di taglio aziendale e che tengano conto dei dettami della legge 24/2017.

Le attività di sostegno e sviluppo a tale modello si basa anche sui percorsi di informazione ma soprattutto di formazione.

Il modello che si tenderà a privilegiare, sarà quello di 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 deve tener presente la finalità della rilevazione di elementi di criticità relativi al processo di comunicazione e della qualità della documentazione sanitaria (anche sull'aspetto della conoscenza della storia del paziente), qualità della comunicazione fra professionisti e fra i professionisti e i pazienti e familiari, nella certezza che una buona comunicazione, è alla base sia della validità e positività di un efficace contratto terapeutico, nonché strumento per mitigare o meglio azzerare reazioni avverse e contenziosi da parte del paziente e del familiare.

La *Gestione del Rischio Clinico* è uno strumento di Governo Clinico, meglio definito come *“il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica”*.

La legge 24/2017 ha richiamato fortemente la necessità di gestire il rischio sanitario e al concetto che la sicurezza delle cure è sancita come diritto, sia come bene personale che collettivo, meritevole di estrema tutela. La gestione di tale rischio passa quindi attraverso un percorso sia preventivo che gestionale, prevenzione e gestione da perseguire come obiettivo di squadra tenendo ben presente il concetto di responsabilità che permea l'atto clinico-assistenziale, concetto che tutti gli operatori sono chiamati a tenere bene presente. La qualità della sicurezza delle cure si configura quindi come il core business delle attività di una Azienda Sanitaria attraverso una implementazione dei livelli di professionalità ma anche attraverso un maggiore impegno a livello tecnico, organizzativo e gestionale.

Quindi programmi di Risk Assessment, Risk Management e Risk Mitigation attraverso anche la promozione culturale collettiva, la responsabilizzazione positiva, la valorizzazione di programmi di Skill-mix, la connettività di sistema, la massima integrazione fra Risk Management e linee produttive, ed inoltre azioni di adesione attiva e partecipata del paziente/cittadino per implementare risultati virtuosi in tema di sicurezza delle cure.

Su questi assunti si cercheranno di sviluppare attraverso lo strumento del PARM Aziendale, linee di attività ed azioni.

Quindi, il piano 2018 nasce, oltre che dalle criticità fin qui rilevate anche dai suggerimenti colti nell'ottica del miglioramento continuo con proposte per implementare azioni nuove, ritenute qualificanti dell'attività di Risk Management nella sua globalità coinvolgendo anche il cittadino/utente.

Con questa ottica la “Gestione del Rischio” è funzione e parte integrante di quel processo di identificazione degli aspetti strategici del “Sistema Azienda” con ricadute sui processi organizzativi e sulla gestione del contenzioso.

La gestione della sicurezza nella sua globalità è quindi in una organizzazione sanitaria, sicuramente un imperativo etico in aderenza anche ai dettami delle più recenti normative, ma potrà concretizzare ricadute positive sia in termini economici, che in costi assicurativi nonché ricadute positive sul benessere dell'organizzazione e quindi sull'immagine dell'Azienda medesima.

1.1 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

Tabella 1 – Dati di attività aggregati a livello aziendale

| DATI STRUTTURALI ⁽¹⁾ | | | |
|---|-----------------------------|--|----------------|
| Estensione territoriale | 2.749 Km^q | Popolazione residente | 158.467 |
| Distretti Sanitari | 2 | Presidi Ospedalieri Pubblici | 1 |
| Posti letto Ordinari | 305 | Area Medica | 148 |
| | | Area Chirurgica | 92 |
| | | SPDC | 12 |
| | | Altro | 53 |
| Posti letto Diurni | 35 | Servizi Trasfusionali | 1 |
| Blocchi Operatori | 1 | Sale Operatorie | 9 |
| Terapie Intensive | 1 | UTIC | 1 |
| DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE⁽¹⁾ | | | |
| Ricoveri Ordinari * | 11.205 | Ricoveri Diurni * | 1.968 |
| Accessi Pronto Soccorso | 37.064 | Neonati o Parti * | 540 |
| Branche Specialistiche * | 24 | Prestazioni ambulatoriali * erogate da presidi pubblici | 549.653 |
| Fonte dati Attó Aziendale e UOC ACESIS / UOSD Risk Management * in attesa di consolidamento | | | |

Tabella 2 –Dati di attività aggregati Presidio Ospedaliero

| DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO P.O.⁽²⁾ | | | |
|--|---------------|--|----------------|
| Ricoveri Ordinari * | 11.205 | Ricoveri Diurni * | 1.968 |
| Accessi Pronto Soccorso | 37.064 | Neonati o Parti * | 540 |
| Branche Specialistiche * | 24 | Prestazioni ambulatoriali * erogate da presidi pubblici | 549.653 |
| ⁽²⁾ 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 215 e così percentualmente distribuiti:

N. 201 Eventi Avversi pari al 94 %, - N. 10 Eventi Sentinella pari al 4.1 %, - N. 4 Near Miss pari al 1.9 %.

Relativamente agli Eventi Avversi ben 171 sono rappresentati dalla segnalazione delle cadute e 5 degli eventi sentinella sono riferiti 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 similari.

Tabella 3 – Eventi occorsi nel 2017 (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 |
|--------------------|---|---|---|----------------------------------|
| Near Miss* | N. 4 (1.9 %) | Tecnologici (%) 0.5 % Organizzativi (%) 1.4 % | | |
| Eventi Avversi* | N. 201 (94%) | Strutturali (%) 0.9 % Tecnologiche (%) 2.8 % Organizzative (%) 2.3 % Proced./Comunicazi (%) 2.8% | Tecnologiche 15% Organizzative 15 % Procedure/Comunicazione/ Formazione 70 % | Sistemi di reporting (%) 100% |
| | di cui: N. 171 Cadute (85 %) (°)(Tab sotto) | | | |
| | N. 30 Altro (15 %) | | | |
| Eventi Sentinella* | N. 10 4.1 % di cui: | | | |
| | N. 5 Cadute (50%) | Paziente (%) 20 % Tecnologiche (%) 10 % Organizzative (%) 20 % | | |
| | N. 2 Aggressioni (20%) | Paziente (%) 10 % Tecnologiche (%) 10 % | | |
| | N. 3 Altro (30%) | Paziente (%) 10 % Procedure (%) 20 % | | |

Fonte dati : UOSD Risk Management

*** Cadute Paziente /Modalità**

| | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|-----------|---------------|
| Cadute dal letto | mentre saliva /scendeva dal letto | 19 | 10.8 % |
| | mentre si girava nel letto | 9 | 5.1 % |
| | mentre si alzava dal letto | 28 | 15.9 % |
| | scavalcando le sbarre del letto | 9 | 5.1 % |
| Cadute da seduto | Sedia/Poltrona/WC | 26 | 14.8 % |
| Caduto | dalla posizione eretta | 78 | 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 *** |
|---------------|------------------------|---------------------------------|
| 2013 | 12 | € 538.999,76 |
| 2014 | 1 | € 180.000,00 |
| 2015 | 14 | € 2.356.302,90 |
| 2016 | 4 | € 730832,36 |
| 2017 | 5 | € 537.035,27 |
| TOTALE | 36 | € 4.343.170,29 |

Fonte dati : Affari Generali e Legali / Funz. Risk Management

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 |
|------|--|---|-------------|-------------|---|
| 2013 | RCT/O n. ITOMM1000051 31/08/2014 | AMTRUST EU.LTD | € 2.200.500 | € 1.000.000 | MARSH SpA |
| 2014 | RCT/O n. ITOMM1301290 28/02/2015 | AMTRUST EU.LTD | € 2.200.500 | € 1.000.000 | MARSH SpA |
| 2015 | RCT/O N. 2015RCG00087-642128 | BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD | €2.000.000 | €2.000.000 | MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A. |
| 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 |

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**

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)

1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM 2017

Il Piano Annuale di Risk Management 2017 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 2014, 2015 e 2016, sviluppando ulteriori attività sulla base dei risultati e secondo la logica del miglioramento continuo. Le attività previste nel Piano Annuale Risk Management 2017 sono state tutte costantemente monitorate dalla UOSD di Staff Risk Management e Qualità, attraverso una contestuale azione di supporto all'organizzazione in funzione delle criticità via via rilevate. In sintesi si può affermare che sono state raggiunte tutte le attività previste nel PARM con soddisfazione degli indicatori motivando la parziale mancata attività D) Obiettivo Regionale 1 e Attività F) Obiettivo Regionale 2..

Di seguito si riportano in tabella 3 la descrizione delle Attività relative agli obiettivi previsti nel PARM 2017, con indicatore, fasi di attività e soddisfazione dell'indicatore.

Tabella 5. Relazione conclusiva Parm 2017: dettaglio delle attività previste per i singoli obiettivi con definizione di obiettivo, indicatore, fasi delle attività e grado di realizzazione

| Attività | Obiettivo Aziendale | Indicatore | Fasi Attività | Stato di Attuazione | Obiettivo Raggiunto* |
|--|--|---|---|--|----------------------|
| Obiettivo Regionale n.1: "DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE" | | | | | |
| Attività A | Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Il SWR come strumento di analisi e di gestione del rischio clinico: focus sulle ICA, Lesioni da Pressione e Cadute del Paziente" | Realizzazione di almeno n. 2 SWR | Progettazione dei corsi Accreditamento ed organizzazione Esecuzione dei corsi di formazione | Il corso "Il SWR come strumento di analisi e gestione del Rischio Clinico con particolare focus sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e sull'applicazione del progetto aziendale sulle lesioni da pressione (LDP)" è stato progettato, accreditato e realizzato in n. 2 Edizioni (04 Aprile 2017 e 11 Aprile 2017) Hanno partecipato n. 12 operatori alla prima edizione e n. 9 operatori alla seconda edizione | SI |
| Attività B | Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Valutazione della qualità e completezza della "cartella clinica": Audit sullo stato dell'arte" . | Realizzazione di almeno n. 1 evento formativo con coinvolgimento di almeno il 50% delle strutture individuate | Progettazione del corso Organizzazione del corso Realizzazione del corso di formazione | Il corso "Valutazione della qualità e completezza della "cartella clinica": Audit sullo stato dell'arte" è stato progettato, accreditato e realizzato il giorno 17 Ottobre 2017. Hanno partecipato n. 40 operatori su n. 59 invitati pari al 70% degli invitati ed in rappresentanza del 75% delle strutture individuate | SI |
| Attività C | Progettazione ed organizzazione dei un corso di formazione su corretta gestione di Cartella Clinica , Consenso Informato e privacy". | Realizzazione corso di formazione con partecipazione di almeno il 70% del personale individuato | Progettazione del corso Organizzazione del corso Realizzazione del corso di formazione | Il corso sulla corretta gestione di Cartella Clinica , Consenso Informato e privacy è stato progettato, e realizzato il giorno 31 ottobre 2017 Hanno partecipato n. 49 operatori su n. 52 invitati pari al 94% degli invitati | SI |

| | | | | | |
|------------|---|--|--|--|----|
| Attività D | Progettazione e realizzazione della "Conferenza annuale 2017 sul Rischio Clinico" finalizzata ad un discussione interattiva sui diversi aspetti della sicurezza aziendale e presentazione dei casi più interessanti rappresentati dalle singole UO Sanitarie Ospedaliere e Territoriali. | Realizzazione della Conferenza assicurando la partecipazione di almeno il 50% delle UO Sanitarie | Progettazione della Conferenza | *) Considerata la organizzazione di un evento da parte della Direzione Strategica su: "Prevenire i danni e i processi in Sanità- La nuova legge 24/2017" nel mese di Novembre 2017, evento configurato come formazione obbligatoria per Responsabili e Coordinatori si è ritenuto non opportuno realizzare la Conferenza Annuale a ridosso del già citato evento focalizzato fortemente sulla tematica della prevenzione e gestione del rischio clinico. | SI |
| | | | Organizzazione della Conferenza * Realizzazione della Conferenza * | | |
| Attività E | Attività di formazione specifica indirizzata a tutto il personale per garantire una sempre più capillare diffusione della cultura sulla gestione del rischio attraverso sessioni dedicate all'interno degli eventi formativi aziendali organizzate da altre strutture Aziendali in raccordo con il Risk Management. | 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 che prevedono, come da programma, il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità | La UOSD Risk Management ha partecipato in qualità di relatore al convegno, accreditato ECM "Prevenzione, gestione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza: a che punto siamo?" realizzato in data 31 Marzo 2017 | SI |

| 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". | | | | | |
|---|---|---|---|---|----------------------|
| Attività | Obiettivo Aziendale | Indicatore | Fasi Attività | Stato di Attuazione | Obiettivo Raggiunto* |
| Attività A | Audit sull' implementazione e monitoraggio delle azioni individuate per l'anno 2016-2017 nel "Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione". | Realizzazione di almeno 2 Audit di verifica della implementazione e monitoraggio delle azioni individuate per l'anno 2016-2017. | Audit di Monitoraggio Progetto Aziendale sulle L.d.P Audit di verifica corretta implementazione Manuale Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito e corretto utilizzo delle medicazioni avanzate | Sono stati effettuati n. 3 AUDIT in data 05/04/2017, 18/05/2017 e 07/06/2017 sulla corretta implementazione del Progetto Aziendale "Prevenzione e gestione delle lesioni da pressione", dai quali sono scaturite ulteriori attività, tutte monitorate dalla UOSD Risk Management, sono stati effettuati successivi monitoraggi sul campo per la verifica della congruità dei comportamenti con quanto implementato. | SI |

| | | | | | |
|------------|--|---|---|---|----|
| Attività B | Audit di monitoraggio sulla corretta implementazione del Piano Annuale per le ICA e sulla corretta applicazione dello stesso | Realizzazione di almeno un audit di monitoraggio sulla corretta implementazione del Piano Annuale per le ICA e sulla corretta applicazione dello stesso. | Elaborazione del Piano Annuale per le ICA Realizzazione di almeno un audit di monitoraggio sulla corretta elaborazione del Piano Annuale per le ICA e sulla corretta applicazione dello stesso. | L'AUDIT sul monitoraggio sulle ICA è stato realizzato il 20/12/2017 dalla UOSD Risk Management in collaborazione con la DMO. Le risultanze dell'AUDIT relativamente alle varie azioni previste sul Piano ICA fanno rilevare la realizzazione delle stesse e evidenziare una serie di criticità che saranno alla base della progettazione di linee di attività per superarle nell'ambito del prossimo Piano Annuale ICA 2018. | SI |
| Attività C | Implementazione del progetto "Umanizzazione delle cure: Progetto Aziendale "La Cartella Clinica Umanizzata" | Progettazione e realizzazione di un corso di formazione per la presentazione di progetto e strumenti Addestramento del product manager della linea di attività "Percorso Oncologico" e del case manager dei PCO Oncologici | Progettazione e realizzazione di un corso di formazione per la presentazione di progetto e strumenti. Addestramento del product manager della linea di attività "Percorso Oncologico" e del case manager dei PCO Oncologici | Il Corso è stato progettato, accreditato (cod evento 14-1585) e realizzato il giorno 30 Marzo 2017 Hanno partecipato n. 66 operatori su n. 79 invitati pari all'84% degli invitati. | SI |
| Attività D | Attività di monitoraggio e analisi relativa a: Eventi Sentinella - Cadute - Incident Reporting | 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 su Segnalazioni di incident reporting - eventi sentinella - cadute con analisi delle criticità presenti ed elaborazione di piani di miglioramento Presentazione durante la conferenza annuale dei dati relativi all'andamento dei sinistri: denunciati nel corso dell'anno e confronto con anni precedenti. Presentazione durante la conferenza annuale dei dati relativi agli infortuni occorsi in azienda nel corso del 2017 e confronto con anni precedenti Presentazione durante la conferenza annuale dei dati relativi alla raccolta e analisi tempestiva di reclami, contenzioso, altre segnalazioni | E' stata elaborata reportistica sulle segnalazioni di incident reporting - eventi sentinella - cadute con analisi delle criticità presenti ed elaborazione dei piani di miglioramento. Acquisizione ed analisi dei dati effettuata con riferimento al 30/11/2017. Prot. n. 64351 del 21/12/2017 Acquisizione ed analisi dei dati effettuata Report Sinistri - Prot. 470 del 04/01/2018 Acquisizione ed analisi dei dati effettuata Report infortuni e Relazione pubblicata sul sito web Aziendale Report Reclami - Prot. 63413 del 15/12/2017 | SI |

| | | | | | |
|------------|---|--|---|---|----|
| Attività E | Audit per il monitoraggio della gestione dei farmaci in sicurezza | Audit in almeno il 50% delle UU.OO Ospedaliere | <p>Elaborazione di una procedura</p> <p>Elaborazione Check List di verifica</p> <p>Audit all'interno delle diverse UU.OO dell'azienda</p> <p>Analisi delle non conformità rilevate nel corso delle ispezioni e indicazioni di azioni correttive</p> | <p>La procedura è stata elaborata e pubblicata sul sito web aziendale</p> <p>La CHECK LIST di verifica è allegata alla Procedura e pubblicata sul sito web aziendale</p> <p>Report di AUDIT - Prot. 62057 del 06/12/2017</p> <p>Report di Analisi delle non conformità - Prot. 62057 del 06/12/2017</p> | SI |
| Attività F | Avvio del percorso per la Certificazione Eusoma della Breast Unit | Pre audit per accreditamento Eusoma | <p>Revisione PCO * Carcinoma della Mammella con Audit</p> <p>Individuazione Data Manager *</p> <p>Inserimento nel database di tutti i casi trattati nel corso del 2016*</p> <p>Audit sui risultati degli indicatori di qualità*</p> | <p>*) Non si è potuto procedere al percorso per la certificazione EUSOMA in quanto per una serie di motivazioni interne non è stato raggiunto il requisito previsto di n. 150 interventi nell'anno, quale prerequisito per accedere al percorso di certificazione</p> | SI |
| | | | <p>Compilazione check list per le UU.OO afferenti alla Brest Unit</p> | | |
| | | | <p>Pre audit per accreditamento Eusoma*</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* |
| Attività A | Definizione attività per la gestione dei rischi aziendali in una prospettiva integrata e sistemica | <p>1. Organizzazione e realizzazione di due incontri nel corso del 2017 per definire e monitorare le attività per la gestione dei rischi aziendali;</p> <p>2. Revisione della procedura aziendale "Prevenzione delle Cadute dei Pazienti nelle Strutture Sanitarie" rev. 1. Del 08/05/2015, sulla base della Determinazione del 25 ottobre 2016 n. G12356 Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione della cadute dei pazienti" della Regione Lazio.</p> <p>3. Audit sull'applicazione della procedura aziendale sulla Legionella a cura del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, con analisi delle criticità e proposta operativa.</p> | <p>Organizzazione di almeno due incontri nel corso del 2017 per definire e monitorare le attività per la gestione dei rischi aziendali</p> <p>Revisione della procedura aziendale "Prevenzione delle Cadute dei Pazienti nelle Strutture Sanitarie"</p> <p>Audit sull'applicazione della procedura aziendale sulla Legionella a cura del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, con analisi delle criticità e proposta operativa.</p> | <p>1. Sono stati organizzati n. 3 incontri del Gruppo di Lavoro e precisamente il 02/02/2017, l'8/02/2017 e il 10/05/2017</p> <p>2. La Procedura aziendale "Prevenzione delle Cadute dei Pazienti nelle Strutture Sanitarie" rev. 3. Del 05/05/2015 è stata revisionata, firmata dal Direttore Sanitario e trasmessa alla Regione Lazio in data 18/05/2017 prot. 26672; è stata pubblicata sul Sito WEB Aziendale / Documentazione Risk Management /Procedure in Uso ; trasmessa alla Regione Lazio e pubblicata sul CLOUD Regionale Risk Management in data 22/11/2017.</p> <p>3. E' stata redatta e pubblicata sul sito web aziendale la Procedura per la prevenzione e il controllo della legionellosi nelle strutture della ASL di Rieti. L'AUDIT sull'applicazione della procedura aziendale sulla Legionella a cura del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, con analisi delle criticità e proposta operativa è stato fatto</p> | SI |

| Attività | Obiettivo Aziendale | Indicatore | Fasi Attività | Stato di Attuazione | Obiettivo Raggiunto* |
|---|---|--|--|---|----------------------|
| Obiettivo Regionale n. 4: "Partecipare alle attività Regionali in tema di Risk Management" | | | | | |
| Attività A | Progetto "Gestione Rischio Clinico nel Penitenziario" (Delibera ASL RMB n. 228 del 15/6/2015 "Protocollo di intesa tra le direzioni generale delle Aziende Asl Roma A, Roma B, Roma F, Roma H, Frosinone, Latina, Viterbo, Rieti in materia di assistenza alle popolazione detenute nel territorio regionale del Lazio e nello specifico sviluppo del progetto di implementazione del sistema di gestione del | <p>a. Presentazione dei dati relativi alla prima fase del progetto al tavolo dei Risk Manager;</p> <p>b. Elaborazione dei dati relativi alla percezione del rischio negli operatori degli istituti penitenziari.</p> <p>c. Presentazione dei dati relativi alla percezione del rischio negli</p> | <p>Presentazioni dei dati relativi alla conclusione della prima fase del progetto al tavolo dei risk manager della Regione Lazio</p> <p>Elaborazione dei dati relativi alla percezione del rischio negli operatori penitenziari.</p> | <p>Il progetto è stato presentato al Tavolo di Coordinamento in data 12/04/2017</p> <p>I dati elaborati, relativi alla percezione del rischio degli operatori negli Istituti penitenziari sono parte integrante del Progetto.</p> | SI |

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| | rischio clinico negli istituti penitenziari del Lazio") | operatori degli istituti penitenziari, al Tavolo di Coordinamento per condivisione ed eventuale sviluppo azioni successive. | Presentazione dei dati relativi alla percezione del rischio negli operatori degli istituti penitenziari, al Tavolo di Coordinamento per condivisione ed eventuale sviluppo azioni successive. | Il Progetto è stato trasmesso in data 19/04/2017 con nota prot. 21206 al Responsabile del Coordinamento Sanità Penitenziaria Regione Lazio | |
|--|---|---|---|--|--|

| | |
|--|-------------|
| % DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI PARM | 100% |
|--|-------------|

PIANO ANNUALE ICA ANNO 2017

| Attività | Obiettivo Aziendale | Indicatore | Fasi Attività | Stato di Attuazione | Obiettivo Raggiunto* |
|--|---|---|---|---|----------------------|
| Obiettivo Regionale n. 1: "SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLE ICA" | | | | | |
| Attività A | Studio di prevalenza delle ICA anno 2017 nel P.O. S. Camillo del Lellis. | realizzazione di uno studio di prevalenza | Progettazione Studio di Prevalenza Rilevazione dati Elaborazione dati Feedback informativo UU.OO | Studio di Prevalenza ed elaborazioni effettuate mail 28/11/2017 | SI |
| Attività B | Report ceppi microbici circolanti nella struttura sanitaria, distinti per tipologia di materiale biologico e per singole UU.OO. | realizzazione report | Estrazione dati Elaborazione report Feedback informativo UU.OO. | Report trimestrali inviati regolarmente | SI |

| Attività | Obiettivo Aziendale | Indicatore | Fasi Attività | Stato di Attuazione | Obiettivo Raggiunto* |
|---|--|------------------------------------|---|--|----------------------|
| Obiettivo Regionale n. 2: "SORVEGLIANZA DEI MDRO IN PRONTO SOCCORSO" | | | | | |
| Attività A | Elaborazione dell'istruzione operativa per la sorveglianza MDRO in Pronto Soccorso | realizzazione istruzione operativa | Formalizzazione del gruppo di lavoro e del Coordinatore Elaborazione istruzione operativa Approvazione istruzione operativa | Istruzione operativa elaborata e pubblicata sul sito web aziendale | SI |

| Attività | Obiettivo Aziendale | Indicatore | Fasi Attività | Stato di Attuazione | Obiettivo Raggiunto* |
|---|--|--|--|---|----------------------|
| Obiettivo Regionale n. 3: "SORVEGLIANZA GERMI ALERT" | | | | | |
| Attività A | Monitoraggio germi Alert | report trimestrale | Elaborazione dati microbiologici Elaborazione dati rilevati dalle infermiere AICA Feedback informativo UU.OO. | Report trimestrali inviati regolarmente | SI |
| Attività B | Implementazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il Sistema di Sorveglianza Nazionale delle batteriemie da CPE | Report semestrale notifiche delle batteriemie da CPE | Invio scheda ministeriale di notifica batteriemie da CPE alla DMO Report semestrale schede di notifica inviate al ISP /n° batteriemie da CPE Report semestrale schede inviate alla Regione | Report elaborati e inviati regolarmente | SI |
| Attività C | Sorveglianza attiva di Klebsiella Pneumoniae produttore di carbapenemasi (KPC) e/o beta lattamasi a spettro esteso (ESBL) nelle UU.OO. di Oncologia e Anestesia e Rianimazione | report di monitoraggio della sorveglianza attiva | Approvazione Istruzione Operativa (IO) Effettuazione screening secondo IO Elaborazione dati con report trimestrali Feedback informativo UU.OO. | Istruzione operativa redatta e approvata Report trimestrali inviati regolarmente | SI |
| Attività D | sorveglianza MDRO nei pazienti ricoverati in regime di DH | elaborazione istruzione operativa | Formalizzazione del gruppo di lavoro Elaborazione istruzione operativa | Istruzione operativa elaborata e pubblicata sul sito web aziendale | SI |
| Attività E | inserimento degli obiettivi inerenti la prevenzione e controllo delle ICA nell'assegnazione degli obiettivi di budget ai Responsabili di UU.OO. | proposta obiettivi di budget | Individuazione obiettivi di budget Proposta dell'inserimento degli obiettivi alla Direzione Aziendale | obiettivi approvati dal CC-ICA il 03.02.2017 prot .n. 8649 del 16/2/2017 | SI |

| Attività | Obiettivo Aziendale | Indicatore | Fasi Attività | Stato di Attuazione | Obiettivo Raggiunto* |
|--|---|-------------------|---|---|----------------------|
| Obiettivo Regionale n. 4: "MONITORAGGIO DEL CONSUMO DEGLI ANTIBIOTICI E MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA" | | | | | |
| Attività A | formalizzazione del Gruppo Operativo Aziendale per l'uso responsabile degli antibiotici (Antimicrobial stewardship) individuato nel PARM 2016 -definizione del piano di attività | Piano di attività | Formalizzazione del gruppo operativo Definizione del piano di attività | Gruppo formalizzato in data 03.02.2017 e Definito Piano di Attività | SI |

| | | | | | |
|-------------------|---|--------------------------------------|--|--|----|
| Attività B | individuazione degli obiettivi inerenti il monitoraggio dell'uso di antibiotici ed inserimento degli stessi nell'assegnazione degli obiettivi di budget ai Responsabili di UU.OO. | Individuazioni e obiettivi di budget | Individuazione obiettivi di budget Proposta dell'inserimento degli obiettivi alla Direzione Aziendale | obiettivi approvati dal CC-ICA il 03.02.2017 prot. N. 8649 del 16/2/2017 | SI |
| Attività C | report sul consumo degli antibiotici e relativi costi | Report | Report consumo antibiotici e costi Feedback alle UU.OO. | Report semestrali inviati regolarmente | SI |

| Attività | Obiettivo Aziendale | Indicatore | Fasi Attività | Stato di Attuazione | Obiettivo Raggiunto* |
|--|---|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|
| Obiettivo Regionale n. 5: "REVISIONE PROCEDURE" | | | | | |
| Attività A | Revisione procedura aziendale " Sorveglianza, Controllo e Prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero" | procedura revisionata | Revisione procedura | Procedura revisionata | SI |
| Attività B | Revisione procedura aziendale "profilassi antibiotica in chirurgia" | procedura revisionata | Revisione procedura | Procedura revisionata | SI |

| Attività | Obiettivo Aziendale | Indicatore | Fasi Attività | Stato di Attuazione | Obiettivo Raggiunto* |
|---|--|--|---|--|----------------------|
| Obiettivo Regionale n. 6: "FORMAZIONE / INFORMAZIONE ALL'UTENZA" | | | | | |
| Attività A | Convegno sulla "sorveglianza e monitoraggio delle ICA" | convegno | Progettazione Realizzazione | CONVEGNO realizzato il 31.03.2017 | SI |
| Attività B | Incontro formativo sul riconoscimento precoce della sepsi all'Utenza | incontro formativo | incontro formativo | Incontro formativo effettuato in data 28/12/2017 | SI |
| Attività C | Redazione opuscolo informativo sulle norme igienico - comportamentali destinato all'Utenza | opuscolo informativo | opuscolo informativo | Opuscolo informativo redatto mail del 03/07/2017 | SI |
| Attività D | Promozione partecipazione degli operatori individuati ai programmi formativi regionali per il monitoraggio e la prevenzione delle ICA e l'uso appropriato degli antibiotici secondo quanto previsto e nei tempi stabiliti dall'azione Regionale 9.14.2 | n. operatori formati / n. operatori target > 50% | Recepimento delle indicazioni Regionali Comunicazione dei progetti formativi ai Responsabili di UU.OO e al SAPS Individuazione dei partecipanti | Le indicazioni Regionali sono state recepite | SI |

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

| | |
|--|-------------|
| % DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO ANNUALE ICA | 100% |
|--|-------------|

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità:

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

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

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

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

3. OBIETTIVI

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 2018.

Le Aziende devono elaborare ed adottare il suddetto Piano entro il 02 Marzo 2018, trasmetterlo al Centro Regionale Rischio Clinico entro sette giorni dalla sua adozione con atto deliberativo e comunque entro e non oltre il 15 Marzo 2018.

Gli obiettivi identificati per il 2018 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 (2014-2017).

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 e realizzazione di un corso di formazione “Il rischio di violenza nei confronti dei professionisti. Dalla prevenzione alla gestione dell’evento”.
- **Attività c:** Organizzazione di un convegno “ Il Risk Management nell’attività di Medicina Generale” indirizzato ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta dell’Azienda.
- **Attività d:** 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:** "Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione";
- **Attività b:** Implementazione del Piano Prevenzione e gestione dell'evento Caduta;
- **Attività c:** Coinvolgimento delle Associazioni dei Diritti del Malato sulle proposte di attività per il contenimento delle Lesioni da Pressione e Cadute pazienti;
- **Attività d:** Attività di analisi e monitoraggio relativa a:
 - Eventi sentinella
 - Segnalazioni di Incident Reporting
 - Cadute
- **Attività e:** Realizzazione di un Piano di Risk Management nella struttura riabilitativa ex art. 26 Distretto n. 2 – Poggio Mirteto.
- **Attività f:** Revisione della modulistica relativa alla materia del Consenso Informato attraverso il seguente iter:
 - definizione di un format di consenso relativo alle procedure ritenute di maggiore impatto per l'Organizzazione;
 - redazione dei Consensi informati Coordinati dai Capo Dipartimenti e dal Responsabile della Casa della Salute di Magliano Sabina;
 - validazione dei Consensi prodotti da parte del Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS)
- **Attività g:** Sicurezza Farmaci
 - 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;
 - 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.
- **Attività h:** 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.

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:*

- Proposta del Piano di adeguamento Strutturale sulle criticità rilevate per rischio caduta, con previsione di tempistica di realizzazione presso il Presidio Ospedaliero di Rieti;
- Integrazione nei DVR oggetto di revisione presso il Presidio Ospedaliero delle eventuali criticità del rischio Caduta per il paziente;
- Revisione del DVR relativo alle strutture extraospedaliere sulle criticità rischio caduta
- Proposta Piano di adeguamento letti e attrezzature in funzione delle criticità rilevate.

Attività b: Realizzazione Centrale UFA presso i locali della Farmacia Ospedale di Rieti

Attività c: AUDIT di controllo applicazione procedura “Istruzioni Operative Gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antitumorale”

Attività d: Redazione del Protocollo per la prevenzione e la gestione del rischio suicidario del paziente detenuto nella Casa circondariale “Nuovo Complesso” di Rieti

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.

4. ATTIVITÀ

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

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

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

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

Viste le precedenti esperienze di “formazione sul campo” nel corrente anno si è ritenuto utile concretizzare tale modalità, come modalità formativa andando a realizzare degli Audit di Risk Management sulla scorta di segnalazioni, near miss, eventi prevalentemente avversi, evidenze emerse in sede di CVS, 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.

Le proposte di redazione di tali eventi di Formazione sul Campo sono già stati inseriti nel piano formativo annuale del 2018 e saranno accreditati ECM.

| Ob. 1 - Attività a: Progettazione e realizzazione di Audit di Risk Management – Accreditato ECM | | | | |
|--|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------|
| Indicatore: Realizzazione di almeno n. 4 Audit | | | | |
| Standard: 100% | | | | |
| Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità – UOS Formazione | | | Scadenza: 31/12/2018 | |
| Matrice delle Responsabilità | | | | |
| Azione | UOSD RISK Management Qualità | UOS Svil. Comp. Formazione | UOC DAPS | UOC DMO |
| Progettazione AUDIT | R | | C | C |
| Accreditamento degli AUDIT | C | R | C | C |
| Esecuzione degli AUDIT | R | C | C | C |

Ob. 1 - Attività b: Organizzazione e realizzazione di un corso di formazione “Il rischio di violenza nei confronti degli operatori , dalla prevenzione alla gestione del rischio”. Accreditato ECM.

Il corso di formazione è già stato proposto nell'ambito delle attività del Gruppo di Lavoro relativo all'evento aggressioni, coordinato dal Risk Management e condiviso con il DSM e indicato nell'ambito del Piano relativo alla prevenzione e gestione delle Aggressioni agli Operatori. Ritenuto che la gestione degli eventi richiede l'acquisizione di strategie comunicative da attuare nei confronti dell'utenza finalizzate alla prevenzione e gestione delle possibili azioni aggressive, il momento formativo è mirato a fornire agli stessi operatori tutte le informazioni e il supporto attraverso l'acquisizione degli strumenti già in uso o da implementare.

Il corso di formazione è già stato inserito nel piano formativo annuale del 2018.

| | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Ob. 1 - Attività b: Organizzazione e realizzazione di in corso di formazione "Il rischio di violenza nei confronti degli operatori , dalla prevenzione alla gestione del rischio". Accreditato ECM. | | | |
| Indicatore: Realizzazione di n. 1 evento formativo con coinvolgimento di almeno il 50% delle strutture individuate. | | | |
| Standard: 100% | | | |
| Struttura Responsabile UOSD Risk Management e Qualità - UOS Formazione | | | Scadenza: 31/12/2018 |
| Matrice delle Responsabilità | | | |
| Azione | UOSD RISK Management e Qualità | UOS Svil. Comp. Formazione | DSM |
| Progettazione del Corso | R | | C |
| Accreditamento del Corso | C | R | C |
| Realizzazione del corso di formazione | R | C | C |

Ob. 1 - Attività c: Progettazione e realizzazione di un convegno "Il Risk Management nelle attività di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta ai sensi della Legge n. 24/2017"

Il corso di formazione ha come obiettivo di sottolineare l'importanza degli strumenti di Risk Management anche in aderenza ai dettami della Legge n. 24/2017, nell'ambito delle attività di Medicina Generale promuovendo negli operatori esercenti le professioni sanitarie di base, una cultura della sicurezza delle cure con l'obiettivo di far inquadrare le tematiche della sicurezza delle cure, saper effettuare una mappatura del rischio in particolare nei seguenti aspetti:

- corretta tenuta della documentazione sanitaria;
- corretta acquisizione del consenso informato e privacy – procedure di sicurezza (farmaci – vaccinazioni – antibiotico terapia, appropriatezza) ecc..;

| | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| Ob. 1 - Attività c: Progettazione e realizzazione di un Convegno "Il Risk Management nelle attività di Medicina Generale ai sensi della Legge n. 24/2017" | | | |
| Indicatore: Progettazione e realizzazione del Convegno | | | |
| Standard: 100% | | | |
| Struttura Responsabile: UOSD Risk Management | | Scadenza: 31/12/2018 | |
| Matrice delle Responsabilità | | | |
| Azione | UOSD RISK Management e Qualità | UOS Svil. Comp. Formazione | |
| Progettazione del Convegno | R | C | |
| Realizzazione del Convegno | R | C | |

Ob. 1 - Attività d: 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 2017 anche nel corso del 2018 al fine di favorire una diffusione capillare delle attività correlate alla gestione del Risk Management è stata previsto il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità all'interno di corsi di Formazione Aziendali organizzati da altre strutture (Servizio Infermieristico, Direzione Medica Ospedaliera, UU.OO Ospedaliera). 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.

In continuità con quanto già previsto nel PARM 2017 anche nel corso del 2018 al fine di favorire una diffusione capillare delle attività correlate alla gestione del Risk Management è stata previsto il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità all'interno di corsi di Formazione Aziendali organizzati da altre strutture (UOC DAPS, UOC Direzione Medica Ospedaliera, UU.OO Ospedaliera). 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.

Ob. 1 - Attività d: _Partecipazione attiva da parte del Risk Management ai corsi di formazione aziendali in cui veicolare le tematiche del rischio clinico

Indicatore: Partecipazione in qualità di docente ai corsi aziendali che prevedono, come da programma, il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità

Standard: 100%

Struttura Responsabile:UOSD Risk Management

Scadenza: 31/12/2018

Matrice delle Responsabilità

| Azione | UOSD RISK Management e Qualità | UU.OO. Aziendali Proponenti | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| Partecipazione in qualità di docente ai corsi aziendali che prevedono, come da programma, il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità | R | C | |



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

Come già riportato questo obiettivo viene declinato nelle seguenti 8 Linee di Attività che di seguito vengono dettagliate:

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

Il progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione realizzato nel corso del 2016/17 che prevedeva tre diverse fasi (A-B-C) articolate su due anni, è stato concluso con l'evidenza di ulteriori attività da implementare.

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

- 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;
- Realizzazione di un sistema di monitoraggio informatizzato (realizzazione di un database), attraverso il coinvolgimento della UOSD ACESIS degli outcomes attraverso l'utilizzo di indicatori di Struttura/processo/esito legati alle lesioni da pressione, relativo all'assistenza ospedaliera;
- Definizione di uno strumento appositamente finalizzato alle attività territoriali di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- 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.

Ob. 2 – Attività a: "Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione".

Indicatore e scadenza:

1. Realizzazione di un AUDIT da parte della UOC DAPS **entro il 31/07/2018;**
2. Realizzazione di un sistema di monitoraggio informatizzato da parte della UOC DAPS **entro il 31/07/2018;**
3. Definizione di uno strumento per le Lesioni da Pressione in ADI da parte della UOC DAPS **entro il 31/07/2018;**
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 **entro il 31/01/2019;**

Standard:100%

Strutture Responsabili: UOC DAPS e UOSD Risk Management e Qualità

Scadenza: vedi indicatore

Matrice delle Responsabilità

| Azione | UOC DAPS | UOSD Risk Management Qualità | UOSD ACESIS |
|---|----------|---------------------------------|----------------|
| 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; | R | C | C |
| 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; | R | C | C |
| Definizione di uno strumento appositamente finalizzato alla gestione delle L.da P. in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) entro il 31/07/2018; | R | C | |
| 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. | C | R | |

Ob. 2 - Attività b: Implementazione del Piano Prevenzione e gestione dell'evento CADUTA.

Le cadute rappresentano il più frequente fra gli eventi avversi che occorrono negli ospedali. Da tempo gli studi hanno evidenziato che circa il 14% delle cadute in ospedale è classificabile accidentale, l'8% come evento fisiologico imprevedibile, mentre il restante 78% rientrerebbe fra le cadute fisiologiche prevedibili; gli esiti correlati all'evento caduta rappresentano per le strutture ospedaliere e residenziali una causa di maggiorazione dei costi dovuti al prolungarsi della degenza e alle procedure diagnostiche e terapeutiche necessarie. Un coordinamento aziendale composto da UOSD Risk Management, UOS Ingegneria Clinica, UOC Tecnico Patrimoniale e UOC DAPS, per l'anno 2017, ha provveduto alla definizione di un Piano di prevenzione evento Caduta. La logica del piano ha consentito di implementare una visione sistemica dei rischi dove le diverse componenti aziendali, ognuna nell'ambito delle proprie funzioni, possa fornire un utile contributo all'inquadramento della problematica secondo la logica multifattoriale del rischio. Fra le attività che si intendono implementare vi saranno 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.

In particolare le attività prevederanno:

- AUDIT e Piano di Miglioramento relativo alla applicazione della procedura aziendale finalizzata alla eventuale revisione/integrazione della documentazione clinico assistenziale in riferimento all'evento caduta;
- Realizzazione di un sistema informatizzato per il monitoraggio delle cadute;
- Revisione dell'organizzazione del lavoro con particolare riferimento al modello assistenziale di riferimento assunto;
- 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 con scadenza 31/01/2019.



Ob. 2 - Attività b: Implementazione del Piano Prevenzione e gestione dell'evento CADUTA.

Indicatore:

1. Realizzazione AUDIT e Piano di Miglioramento;
2. Realizzazione di un sistema informatizzato di monitoraggio;
3. Proposta di Piano di modifica assistenza infermieristica;
4. Report di monitoraggio dati;

Standard:100%

Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità

Scadenza: vedi scadenze singole Azioni

Matrice delle Responsabilità

| Azione e scadenza | UOC DAPS | UOSD Risk Management e Qualità | UOC DMO | |
|---|-----------------|---------------------------------------|----------------|--|
| AUDIT e Piano di Miglioramento relativo alla applicazione della Procedura Aziendale "Evento caduta" <u>entro il 31/07/2018</u> | R | C | C | |
| Realizzazione di un sistema informatizzato per il monitoraggio delle cadute; <u>entro il 31/07/2018</u> | R | C | C | |
| 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> | R | I | I | |
| 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> | C | R | C | |

Ob. 2 –Attività c: Coinvolgimento informativo delle Associazioni dei Diritti del Malato (Linee di attività del contenimento delle LESIONI da PRESSIONE e CADUTE dei pazienti).

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.

Il Feedback su quanto effettuato e sui risultati ottenuti sarà fornito in un successivo incontro entro il corrente anno

| | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------------------|
| Ob. 2 - Attività c: Coinvolgimento delle Associazioni dei Diritti del Malato nelle attività del contenimento delle LESIONI da PRESSIONE e CADUTE | | | |
| Indicatore: Realizzazione di un incontro per la presentazione del progetto e delle attività e di un secondo incontro per il feedback delle attività svolte | | | |
| Standard: 100% | | | |
| Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità | Incontro presentazione progetto Scadenza:30/06/2018 | | |
| | Incontro presentazione risultati Scadenza:31/12/2018 | | |
| Matrice delle Responsabilità | | | |
| Azione | UOSD Risk Management e Qualità | UU.OO DAPS | UOS Svil. Comp. Formazione |
| Progettazione e realizzazione di un incontro per la presentazione del progetto e delle attività | R | C | C |
| Incontro per la presentazione dei risultati anno 2018 | R | C | C |

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

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

Nel corso del 2018 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 2018 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 ecc...).

| | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------|-----------------------------|--|
| Ob. 2 - Attività d: Attività di monitoraggio e analisi relativa a: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Eventi sentinella - Segnalazioni di Incident Reporting - Cadute | | | | |
| Indicatore: Report annuale integrato sulle segnalazioni di pertinenza della USOD Risk Management e Qualità; con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento | | | | |
| Standard: 100% | | | | |
| Strutture Responsabili: UOSD Risk Management e Qualità | | | Scadenza: 31/12/2018 | |
| Matrice delle Responsabilità | | | | |
| Azione | UOSD Risk Management e Qualità | UOC DAPS | | |
| Attività di reportistica di - segnalazioni di incident reporting; - segnalazione di eventi sentinella; - segnalazione di cadute | R | C | | |

Ob. 2 Attività e- Realizzazione di un Piano di Risk Management nella struttura riabilitativa ex art. 26 Distretto n. 2 – Poggio Mirteto.

La prossima apertura della Struttura Riabilitativa ex art. 26 a Poggio Mirteto, ha la finalità di realizzare interventi sanitari e sociali necessari per ottenere il massimo livello di recupero della funzione motoria in un'ottica di "percorso assistenziale integrato", percorso improntato alla multidisciplinarietà e alle multi professionalità della presa in carico.

L'accesso riservato a pazienti sì con disabilità, ma suscettibili di miglioramento e in condizioni cliniche di stabilità, prevede una organizzazione di 17 posti letto per il trattamento riabilitativo estensivo ed mantenimento. Nell'ottica di implementare azioni che non possono prescindere dalla massima sicurezza e tutela del paziente si ritiene altrettanto utile sviluppare uno specifico piano di Risk Management con la collaborazione del Responsabile e del personale della Struttura, del personale e dei facilitatori del rischio presenti e già formati, con il coinvolgimento di altre eventuali strutture aziendali, che si riterranno necessarie per la stesura del Piano medesimo.



| | | | | | |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------|-------------|
| Ob. 2 - Attività e: Realizzazione di un Piano di Risk Management nella struttura riabilitativa ex art. 26 Distretto n. 2 – Poggio Mirteto | | | | | |
| Indicatore: Piano di Risk Management per la struttura riabilitativa ex art. 26 Distretto n. 2 – Poggio Mirteto | | | | | |
| Standard: 100% | | | | | |
| Strutture Responsabili: | | | Scadenza: 31/12/2018 | | |
| Matrice delle Responsabilità | | | | | |
| Azione | UOSD Risk Management e Qualità | Responsabile della Struttura | UOC DAPS | UOC TP | RSPP |
| Elaborazione di un Piano | R | C | C | C | C |

Ob. 2 Attività f: *Revisione della modulistica relativa alla materia del Consenso Informato attraverso il seguente iter:*

- definizione di un format Aziendale relativo al consenso sulle procedure ritenute di maggiore impatto per l'Organizzazione;
- redazione dei Consensi informati coordinati dai Capo Dipartimenti e dal Responsabile della Casa della Salute di Magliano Sabina;
- validazione dei Consensi prodotti da parte del CVS Aziendale;

La revisione della modulistica relativa alla materia del consenso informato rappresenta l'ultimo step di un'attività già implementata nel corso degli ultimi due anni che è passata attraverso le analisi delle criticità emerse, il controllo di campioni rappresentativi di cartelle cliniche, di dati rilevati in sede di CVS, i percorsi formativi specifici al personale sul tema del consenso informato e qualità della documentazione sanitaria con relative responsabilità. Facendo anche tesoro di un lavoro svolto da un gruppo interaziendale e incaricato a livello Regionale, coordinato dalla nostra Azienda, sul tema del consenso, si ritiene utile sviluppare l'attività attraverso tre Step:

- definizione da parte della UOSD Affari Generali e Legali e CVS di un format aziendale di consenso informato relativo alle procedure ritenute di maggiore impatto organizzazione;
- redazione dei relativi consensi informati coordinati dai Capo Dipartimento e del Responsabile della Casa della Salute,
- validazione dei consensi prodotti da parte del CVS aziendale per la successiva adozione ed implementazione degli stessi.

Ob. 2 – Attività f: Revisione della modulistica relativa alla materia del Consenso Informato

Indicatore:

- definizione di un format aziendale sulle procedure ritenute di maggiore impatto per l'Organizzazione
- redazione dei Consensi informati da parte dei Capo Dipartimenti
- validazione dei Consensi prodotti da parte del Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS) Aziendale

Standard:100%

| | |
|---|---|
| Strutture Responsabili: UOSD Risk Management e Qualità; AA.GG – Coordinatore CVS – Capo Dipartimenti – Responsabile Casa della Salute di Magliano Sab. | Definizione di un format aziendale |
| | Redazione dei Consensi informati da parte dei Capo Dipartimenti Scadenza:31/07/2018 |
| | Validazione dei Consensi prodotti da parte del CVS Scadenza:31/12/2018 |

Matrice delle Responsabilità

| Azione | UOSD Risk Management e Qualità | AA.GG e Legali | CVS | Capo Dipartimenti e Responsabile Casa della Salute di Magliano Sab. |
|---|--------------------------------|----------------|-----|---|
| definizione di un format sulle procedure ritenute di maggiore impatto per l'Organizzazione | C | R | C | C |
| redazione dei Consensi informati coordinati dai Capo Dipartimenti alla UOSD Risk Management | C | C | C | R |
| validazione dei Consensi prodotti da parte del Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS) Aziendale | C | C | R | C |

Ob. 2 Attività g: Sicurezza Farmaci

- 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;
- 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.

In una logica di sviluppo e monitoraggio delle attività già avviate e messe in campo ed esplicitate all'interno del PARM 2017, sono previste in condivisione con la UOC Farmacia azioni di monitoraggio della procedura relativa a: "AUDIT Armadio Farmaceutico di reparto", che si concentrerà nell'anno corrente nei Dipartimenti ospedalieri non monitorati nel 2017 (Dipartimento di Chirurgia e Dipartimento dei Servizi) e si estenderà alle Strutture Territoriali sia del Distretto n. 1 che del Distretto n. 2 sempre nella logica del miglioramento verrà rivista ed integrata la Procedura Aziendale relativa ai farmaci LASA "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look – Alike/Soun-Alike (Farmaci Lasa) del 26/05/2015 finalizzata fundamentalmente a garantire in maniera dinamica la comunicazione a tutte le strutture di eventuale acquisizione di nuovi farmaci LASA.

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| <u>Ob. 2 - Attività g:</u> Sicurezza Farmaci | | | |
| Indicatore: 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; | | | |
| Standard: Almeno il 50% delle strutture | | | |
| Strutture Responsabili: UOC Farmacia | | Scadenza: 31/12/2018 | |
| Matrice delle Responsabilità | | | |
| Azione | UOC FARMACIA | UOSD Risk Management e Qualità | Operatori UUOO |
| 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 | R | I | C |

| Ob. 2 - Attività g: Sicurezza Farmaci | | | |
|--|--------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Indicatore: 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 | | | |
| Standard: 100% | | | |
| Strutture Responsabili: UOC Farmacia | | | Scadenza: 31/12/2018 |
| Matrice delle Responsabilità | | | |
| Azione | UOC FARMACIA | UOSD Risk Management e Qualità | Gruppo di Lavoro |
| Istituzione del Gruppo di Lavoro | R | I | C |
| Procedura "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike (Farmaci LASA) revisionata | R | I | C |
| Validazione della Procedura | C | R | C |

Ob. 2 Attività h: 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.

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.

Sarà cura della UOSD Risk Management fornire tutta la documentazione utile, convocare la prima seduta del Gruppo di Lavoro per condividere finalità e crono programma delle attività.



Ob. 2 - Attività h: 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.

Indicatore: Revisione della Procedura attraverso la istituzione di un apposito gruppo di lavoro

Standard: 100%

Struttura Responsabile: UOC Ostetricia e Ginecologia

Scadenza: 30/07/2018

Matrice delle Responsabilità

| Azione | Direzione Sanitaria Aziendale | UOSD Risk Management e Qualità | UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Istituzione del Gruppo di Lavoro | R | I | C |
| Invio materiale informativo e convocazione formale del primo incontro per condivisione documento e stesura del cronoprogramma | I | R | C |
| Redazione della nuova procedura | I | C | R |

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

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

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

- Proposta del Piano di adeguamento Strutturale sulle criticità rilevate per rischio caduta, con previsione di tempistica di realizzazione presso il Presidio Ospedaliero di Rieti;
- Integrazione nei DVR oggetto di revisione presso il Presidio Ospedaliero delle eventuali criticità del rischio Caduta per il paziente;
- Revisione del DVR relativo alle strutture extraospedaliere sulle criticità rischio caduta
- Proposta Piano di adeguamento letti e attrezzature in funzione delle criticità rilevate.

L'attività a) è sintesi di un lavoro congiunto svolto nel 2017 che ha visto coinvolte la UOC TP la uosd RM la UOSD SPP la UOC DAPS e l'ingegneria Clinica che hanno redatto un documento finale di valutazione del rischio caduta su 13 strutture ospedaliere del P.O. Rieti in una logica di integrazione e di analisi di tutte le variabili implicate ed incidenti sulla concretizzazione del rischio caduta del paziente. Andare ad incidere, risanando gli aspetti di criticità strutturale, di ausili ed attrezzature, combinate con le attività che andranno invece ad incidere sia sui comportamenti che sul corretto rispetto della procedura, permetterà di ottenere risultati importanti nell'abbattimento progressivo del rischio residuo.

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

Indicatore:

- Proposta del Piano di adeguamento Strutturale; Presidio Ospedaliero Rieti
- Report DVR oggetto di revisione presso il Presidio Ospedaliero;
- Report del DVR relativo alle strutture extraospedaliere;
- Proposta Piano di adeguamento letti e attrezzature - Presidio Ospedaliero Rieti.

Standard: 100%

| | |
|--|-----------------------------|
| Struttura Responsabile: UOC Tecnico Patrimoniale , UOS Ingegneria Clinica, UOSD SPP | Scadenza: 31/12/2018 |
|--|-----------------------------|

Matrice delle Responsabilità

| Azione | UOSD Risk Management e Qualità | UOC Tecnico Patrimoniale | UOSD SPP | UOS Ingegneria Clinica | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|----------|------------------------|--|--|
| Proposta del Piano di adeguamento Strutturale sulle criticità rilevate per rischio caduta, con previsione di tempistica di realizzazione presso il Presidio Ospedaliero di Rieti; | C | R | C | I | | |
| Integrazione nei DVR oggetto di revisione presso il Presidio Ospedaliero delle eventuali criticità del rischio Caduta per il paziente; | C | C | R | I | | |
| Revisione del DVR relativo alle strutture extraospedaliere sulle criticità rischio caduta | C | C | R | I | | |
| Proposta Piano di adeguamento letti e attrezzature in funzione delle criticità rilevate | C | C | C | R | | |

Attività b: Realizzazione Centrale UFA presso i locali della Farmacia Ospedale di Rieti

In una ottica di gestione integrata del rischio rientra anche l'attività **b)** che prevede la realizzazione della Centrale UFA presso il P.O. di Rieti, realizzazione che permetterà di incidere in maniera importante sul rischio di preparazione dei farmaci antitumorali con ricadute estremamente positive sia sulla sicurezza del paziente che dell'operatore.

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Ob. 3 - Attività b: Definizione attività per la gestione dei rischi aziendali in una prospettiva integrata e sistemica Realizzazione Centrale UFA presso il Presidio Ospedaliero di Rieti | | | | | | |
| Indicatore: Realizzazione della Centrale presso i locali della UOC Farmacia Ospedaliera | | | | | | |
| Standard: 100% | | | | | | |
| Struttura Responsabile: UOC Tecnico Patrimoniale | | | | | Scadenza: 31/12/2018 | |
| Matrice delle Responsabilità | | | | | | |
| Azione | UOC TECNICO PATRIMONIALE | UOC FARMACIA OSPEDALIERA | UOSD Risk Management e Qualità | | | |
| Realizzazione <i>Centrale UFA presso il Presidio Ospedaliero di Rieti</i> – UOC Farmacia Ospedaliera | R | C | C | | | |

Attività c: AUDIT di controllo applicazione procedura "Istruzioni Operative Gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antitumorale"

La stesura della procedura " Istruzioni Operative Gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antitumorale" redatta nel corso dell'anno 2017 per predisporre ulteriori azioni di miglioramento e di gestione del rischio da farmaci antitumorali, e che ha previsto la figura del Farmacista in tale processo, ha permesso di far registrare un innalzamento dei livelli di sicurezza sia per gli operatori che per il paziente. Quanto sopra nelle more di completare definitivamente la ottimizzazione del processo con la messa in opera e funzionamento della Centrale UFA di cui è prevista la realizzazione nel corrente anno. Presidiare il corretto espletamento delle attività come previsto in procedura è il passaggio fondamentale per garantire la sicurezza del processo di preparazione dei farmaci antitumorali. Di qui il coinvolgimento della Struttura UOC Farmacia per la realizzazione di AUDIT di controllo su tale applicazione

| | | | | |
|---|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| Ob. 3 - Attività c: AUDIT di controllo applicazione procedura "Istruzioni Operative gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antitumorale" | | | | |
| Indicatore: Realizzazione AUDIT di controllo della procedura | | | | |
| Standard: 100% | | | | |
| Struttura Responsabile: UOC Farmacia | | | | Scadenza: 31/12/2018 |
| Matrice delle Responsabilità | | | | |
| Azione | UOC FARMACIA | UOSD Risk Management e Qualità | OPERATORI UOC ONCOLOGIA MEDICA | |
| Realizzazione AUDIT di controllo applicazione procedura "Istruzioni Operative gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antitumorale" e Report alla UOSD Risk Management. | R | I | C | |



Attività d: Protocollo per la prevenzione e la gestione del rischio suicidario del paziente detenuto nella Casa circondariale "Nuovo Complesso" di Rieti.

La linea di attività d) a garanzia della sicurezza della Medicina Penitenziaria si esplicherà nella realizzazione di un Protocollo che risponde in maniera prevalente alle indicazioni di carattere Regionale e Nazionale finalizzate alla prevenzione del rischio suicidario della popolazione penitenziaria, redatto in collaborazione fra operatori sanitari di diverse strutture aziendali coinvolte nell'assistenza al detenuto e la Dirigenza del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Nuovo Complesso Casa Circondariale di Rieti.

| | | | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|--|--|----------------------------|--|
| Ob. 3 - Attività d: 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 | | | | | | |
| Indicatore: Redazione del protocollo | | | | | | |
| Standard: 100% | | | | | | |
| Struttura Responsabile: UOSD Medicina Penitenziaria | | | | | Scadenza:30/04/2018 | |
| Matrice delle Responsabilità | | | | | | |
| Azione | UOSD Risk Management e Qualità | UOSD MEDICINA PENITENZIARIA | | | | |
| Protocollo per la prevenzione e la gestione del rischio suicidario del paziente detenuto nella Casa circondariale "Nuovo Complesso" di Rieti | C | R | | | | |



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:

- **Attività a:** Garantire la partecipazione a tutte le attività indette e Coordinate a livello Regionale

| | | | | |
|---|---------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Ob. 4 - Attività a: Garantire la partecipazione a tutte le attività indette e Coordinate a livello Regionale | | | | |
| Indicatore: N. Convocazioni Regionali / N. Presenze del Risk Manager o delegato = 100% | | | | |
| Standard: SI | | | | |
| Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità | | | Scadenza: 31/12/2018 | |
| Matrice delle Responsabilità | | | | |
| Azione | UOSD Risk Management e Qualità | | | |
| Assicurare la partecipazione alle convocazioni da parte della Regione per problematiche inerenti il Rischio Clinico e presenza ai Tavoli di Risk Management | R | | | |

5. DIFFUSIONE

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

- Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione.
- Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet Amministrazione Trasparente.
- Invio del PARM via email alle Direzioni di P.O. e di Distretto.
- Trasmissione via mail del PARM ai Facilitatori del Rischio Clinico.
- Iniziative di diffusione del PARM a tutti gli operatori attraverso i momenti di partecipazione del Risk Manager ai corsi aziendali organizzati internamente e che vedono il coinvolgimento dello stesso in qualità di Docente.
- Invio nota del Direttore Generale alle funzioni coinvolte con indicazione della attività da svolgere individuate all'interno del PARM 2018 e relative responsabilità.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determinazione 1 aprile 2014, n. G04112 Approvazione del documento recante: "Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)".
- Decreto del Commissario ad Acta (DCA) N. U00017 del 16/01/2015 Piano Regionale Prevenzione 2014-2018.
- Determinazione B03509 dell'8.08.13 Oggetto: Regione Lazio - realizzazione del progetto "Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e prevenzione dei tentativi suicidari".
- Determina Regione Lazio n. G14486 del 24/11/2015
- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 integrato con il Decreto Legislativo n. 106/2009 Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro.
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.



7. GLOSSARIO

| Acronimo | Significato |
|----------------|---|
| UOC | Unità Operativa Complessa |
| UO | Unità Operativa |
| AA.GG e Legali | Affari Generali e Legali |
| ACeSIS | Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari |
| DMO | Direzione Medica Ospedaliera |
| 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 |

8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management e Qualità in Sanità- il problema degli errori"
Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
2. 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.
3. 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.
4. AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>.
5. Sito Web Aziendale ASL Rieti : <http://www.asl.rieti.it>.
6. Deliberazione ASL Rieti n. 852/DG del 27/07/2016 – Adozione Piano Annuale 2014 di Risk Management e Qualità.
7. Deliberazione ASL Rieti n. 88/DG del 31.01.2014 – Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014 – 2016.
8. Deliberazione ASL Rieti n. 91/DG del 31.01.2014 – Aggiornamento piano della prestazione e dei risultati 2014 – 2016;

9. 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.
10. Deliberazione ASL Rieti n° 69/DG del 11/02/2015 Costituzione Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS).
11. Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.
12. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Save Surgery Save Live".
13. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
14. Reason J, *Managing the risks of organizational accidents*, 1997.
15. Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770.