

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

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

Deliberazione n° 160/DG del 13.03.2015

**RISK MANAGEMENT**

**Oggetto: Adozione Piano Annuale 2015 di Risk Management.**

L' Estensore  
Sig. Giovanni Filippetti

Il Responsabile del Procedimento  
Dott.ssa Manuela Serva

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

Data 12 MARZO 2015

Firma   
Dott.ssa Manuela Serva

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

Voce del conto economico su cui imputare la spesa: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

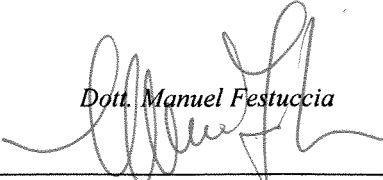
Firma \_\_\_\_\_  
Il Direttore U.O.C. Dott. Luciano Quattrini

*Parere del Direttore Amministrativo*

favorevole

non favorevole   
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 12/03/2015

  
Dott. Manuel Festuccia

*Parere del Direttore Sanitario*

favorevole

non favorevole   
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 12.03.2015

  
Dott.ssa Marilina Colombo

## **IL RESPONSABILE DELLA FUNZIONE DI STAFF RISK MANAGEMENT**

**PREMESSO** che presso ogni Azienda deve essere prevista in staff al Direttore Generale, la funzione del Risk Management, al fine di garantire la sicurezza della pratica medica e dare piena attuazione all'art.1 c.6 D.L.gs 299/99;

**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, coinvolgimento dei pazienti, comunicazione e informazione corretta e trasparente;

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

**TENUTO CONTO** che il controllo del rischio clinico, sia in riferimento agli eventi sentinella, che alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e comunque connesso ad ogni altro fattore, costituisce, congiuntamente al controllo del conseguente contenzioso, un elemento di valutazione della "performance" aziendale;



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

**VISTA** la nota della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione del Rischio Clinico del 03/02/2015 prot. n. 58028 “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio anno 2014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio” con la quale venivano consolidati i risultati ottenuti nell’anno 2014 e veniva deciso di non fornire nuove Linee Guida, ma di ritenere valide quelle dell’anno 2014 e di adottare e trasmettere i nuovi PARM alla Regione Lazio entro e non oltre il 15/03/2015;

**VISTA** la nota della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico della Regione Lazio del 23/02/2015 Prot. n. 99218 avente ad oggetto “Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti” che prevede che il percorso indicato dovrà trovare adeguata esplicitazione nelle azioni previste dai PARM 2015;

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

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

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

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

**VISTO** il D.L.vo 286/99;

**ATTESTANDONE** la legittimità ed utilità per il servizio pubblico;

**DATO ATTO** che la proposta è coerente con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione adottato con Deliberazione n. 32/DG del 30.01.2015;

## PROPONE

Per quanto espresso in narrativa,

- **DI APPROVARE** il documento “**Piano Annuale di Risk Management Anno 2015**”, allegato alla presente deliberazione formandone parte integrante e sostanziale;
- Di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18/09/2009 n°69 e del D.Lgs. 14/03/2013 n°33;

## IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto:

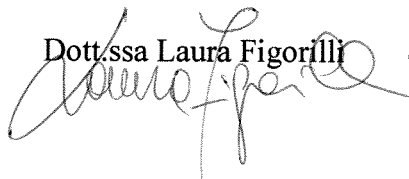
- Che il Dirigente proponente il presente provvedimento sottoscrivendolo attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è, nella forma e nella sostanza, legittimo e assolutamente utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94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

## DELIBERA

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

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figorilli



La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale	La presente Deliberazione è trasmessa al Comitato di Rappresentanza della Conferenza Locale per la Sanità	La presente Deliberazione è sottoposta all'approvazione della Giunta Regionale
In data 16 MAR. 2015	In data	In data

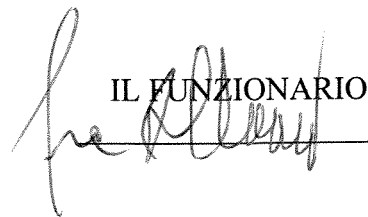
16 MAR. 2015

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

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

Rieti, li .....16..MAR..2015.....

IL FUNZIONARIO



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

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

# ***PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2015***



## Indice

<b>1</b>	<b>PREMESSA</b>	<i>pag.</i>	<b>3</b>
1.a	<i>Contesto Organizzativo</i>	<i>pag.</i>	<b>6</b>
1.b	<i>Descrizione degli eventi /sinistri nell'ultimo triennio</i>	<i>pag.</i>	<b>10</b>
1.c	<i>Descrizione della posizione assicurativa</i>	<i>pag.</i>	<b>10</b>
1.d	<i>Comitato Valutazione Sinistri</i>	<i>pag.</i>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>SCOPO</b>	<i>pag.</i>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<i>pag.</i>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>STRUMENTI</b>	<i>pag.</i>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>MATRICI DELLE RESPONSABILITA'</b>	<i>pag.</i>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>AZIONI</b>	<i>pag.</i>	<b>17</b>
<b>7</b>	<b>DIFFUSIONE</b>	<i>pag.</i>	<b>26</b>
<b>8</b>	<b>INDICATORI</b>	<i>pag.</i>	<b>27</b>
<b>9</b>	<b>GLOSSARIO</b>	<i>pag.</i>	<b>48</b>
<b>10</b>	<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>	<i>pag.</i>	<b>49</b>
	<i>Allegato n. 1 – Analisi delle segnalazioni Incident Reporting</i>		
	<i>Allegato n. 2 – Analisi dei reclami formalizzati</i>		
	<i>Allegato n. 3 – Analisi del fenomeno infortunistico</i>		
	<i>Allegato n. 4 – Patrimonio Azienda USL Rieti in proprietà</i>		
	<i>Allegato n. 5 – Cronoprogramma</i>		



## 1. PREMESSA

I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che il problema degli errori e degli eventi avversi in sanità rappresenta una reale emergenza che comporta dei costi sia in termini di vite umane oltre che economici, con un riflesso importante per la collettività.

La probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, viene definita come la probabilità che subisca un *“Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile”* (Glossario del Ministero della Salute).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato, in vari documenti prodotti, la necessità che sia la stessa organizzazione sanitaria ad intervenire per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

L'errore è insito nei sistemi complessi e la realtà sanitaria, come sancito dall'OMS, è l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile; la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando ed integrando i vari aspetti: il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, l'elaborazione e la diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, il coinvolgimento di pazienti e cittadini, la formazione degli operatori sanitari, l'analisi delle interferenze e delle criticità delle *“diverse sicurezze”*.

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

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento prodotto *“Risk Management in Sanità”* definisce le seguenti raccomandazioni:

- ✓ individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- ✓ elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;





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

La Regione Lazio, nel recepire il documento ministeriale, tenuto conto delle peculiarità del contesto organizzativo e del profilo di rischio di ciascuna Azienda, mediante l'emanazione di Linee Guida di Indirizzo, ha inteso promuovere la massima condivisione dei principi e delle regole del governo clinico anche attraverso la costruzione della rete dei professionisti implicati nei diversi ruoli, in una ottica di gestione globale della tematica della gestione del rischio e della sinistrosità. Le linee Guida della Regione Lazio, anche in riferimento alla riorganizzazione dei Comitati della Valutazione dei Sinistri, hanno voluto fornire uno strumento organizzativo di analisi e valutazione dei sinistri medesimi in costante raccordo con la "struttura" Regionale di second opinion sui sinistri di particolare complessità (Determinazione Regione Lazio n° G09535 del 02/07/2014 "Linee guida Regionali per l'attività di Gestione dei Sinistri da responsabilità medico/sanitaria – composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS)").

Il progetto di Piano in recepimento del contesto Normativo Nazionale e Regionale di riferimento, si inserisce nelle attività intrinseche al governo clinico recependo una serie di scelte di politica sanitaria su temi specifici assunte dai diversi livelli di governo del sistema sanitario che hanno come obiettivo proprio una adeguata risposta ai bisogni di salute della popolazione fornendo a tutte le parti interessate ed ai propri utenti in particolare, la massima protezione possibile dai danni conseguenti ad errori umani e di sistema, assicurando cure di qualità, appropriate e sicure.



D'altra parte le linee di azione previste, affondano le loro radici nella multifattorialità e complessità che è intrinseca ad un sistema espressione di fattori legati ai processi organizzativi, alla formazione dei professionisti, alla distribuzione e alla congruità delle risorse umane, strutturali e tecnologiche.

In questa dimensione la "gestione del rischio" acquista la funzione di parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi del sistema-Azienda, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi, come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

Quindi la gestione della sicurezza in un'organizzazione sanitaria, oltre a costituire un imperativo etico, influenza i risultati in termini economici, in costi assicurativi, in costi umani e di immagine, e condiziona il benessere organizzativo. In questa ottica il Piano Annuale di Risk Management 2015, è costruito in maniera dinamica facendo seguito ad azioni già impostate nel 2014, raccogliendone le criticità e i suggerimenti nella prospettiva del miglioramento continuo, e della implementazione di azioni e progettualità nuove ritenute qualificanti l'attività nella sua globalità.



## **1.a CONTESTO ORGANIZZATIVO**

### **STRUTTURA**

**N. 13 Strutture** (Allegato n. 4)

*Fonte dati : Atto Aziendale 2015*

L'Azienda **USL Rieti** è organizzata:

n. **1** Polo Ospedaliero Unificato Rieti - Amatrice ;

n. **1** Casa della Salute Magliano Sabina;

n. **2** Distretti:

- ✓ Distretto n.1 – Rieti, Anrodoco, S. Elpidio, con sede in Rieti,
- ✓ Distretto n.2 – Salario - Mirtense, con sede in Poggio Mirteto,

n. **1** UOC Territoriale “Cure Primarie”

L'Azienda è altresì articolata in **8 Dipartimenti** di cui **5 Ospedalieri**, **2 Territoriali** e **1** delle Funzioni Amministrative e di Staff e precisamente:

*Dipartimenti del Polo Ospedaliero Unificato Rieti - Amatrice:*

- ✓ Dipartimento di Medicina
- ✓ Dipartimento di Chirurgia
- ✓ Dipartimento dei Servizi
- ✓ Dipartimento di Emergenza
- ✓ Dipartimento Aziendale delle Professioni Sanitarie

*Dipartimenti operanti sul territorio:*

- ✓ Dipartimento di Prevenzione
- ✓ Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche

Le Unità Operative Complesse (**UOC**) sono **37** così ripartite:

- N. **24** Area Ospedaliera ( di cui **1** in estinzione al 01/01/2017)
- N. **13** Territoriali

Le Unità Operative Semplici Dipartimentali (**UOSD**) sono **21** così ripartite:

- N. **6** Area Ospedaliera
- N. **15** Territoriale

Le Unità Operative Semplici (**UOS**) sono **22** così ripartite:



- N. 5 Area Ospedaliera
- N. 17 Territoriale

Fonte dati : Atto Aziendale 2015/ SSO

## RISORSE UMANE

### Personale e dotazione organica

Il personale dipendente a tempo determinato e indeterminato, alla data del **1 Gennaio 2015**, è pari a **1.528 unità** distinto come segue:

<b>DIRIGENZA</b>		<b>N.</b>
Ruolo sanitario	Dirigenti Medici	298
	Dirigenti Veterinari	18
Ruolo sanitario non medico	Dirigenti Professioni Sanitarie	1
	Dirigenti Fisici	2
	Dirigenti Farmacista	7
	Dirigenti Psicologi	25
Ruolo professionale	Dirigenti Ingegneri	3
Ruolo tecnico	Dirigenti Sociologi	2
Ruolo amministrativo	Dirigenti Amministrativi	7
<b>Totale Dirigenza</b>		<b>363</b>
<b>COMPARTO</b>		
Ruolo amministrativo		<b>144</b>
Ruolo Tecnico		<b>191</b>
Ruolo Sanitario		<b>823</b>
Personale religioso		<b>7</b>
<b>Totale Comparto</b>		<b>1165</b>

Fonte dati : UOC Amministrazione del Personale dipendente

## ORGANIZZAZIONE

N. Posti letto Ordinario	320	di cui	Chirurgia (Area Chirurgica)	101
			Medicina (Area Medica)	193
			SPDC	12
DH/DS	46			
NIDO	9			
OBI	12			

Fonte dati : DMO / Audit Clinico e SIS

## N. Prestazioni Ambulatoriali

Prestazioni Ambulatoriali	2011	2012	2013	2014
Numero prestazioni per esterni	2.058.125	1.750.432	1.720.335	1.627.034
- di cui diagnostica per immagini (incluso RNM)	84.355	77.828	75.577	62.473
- di cui prestazioni di laboratorio analisi	1.532.740	1.250.441	1.215.397	1.111.168

Fonte dati : Delibera 91/2014 Aggiornamento piano della prestazione e dei risultati/ ACESIS

## N. branche specialistiche: 27

Laboratorio Analisi	Oculistica	Oncologia
Ch.Vascolare-Angiologia	Odontostomatologia - Ch.maxillo-facciale	Pneumologia
Cardiologia	Ortopedia e Traumatologia	Radiologia Diagnostica
Chirurgia generale	Ostetricia e Ginecologia	Radioterapia
Chirurgia plastica	Otorinolaringoiatria	Risonanza magnetica
Medicina sportiva	Psichiatria	Chirurgia e diagnostica invasiva
Endocrinologia	Urologia	Anestesia
Nefrologia	Dermosifilopatia	
Neurochirurgia	Medicina Fisica - Riabilitazione	
Neurologia	Gastroenterologia - Ch.ed Endoscop. Digestiva	

Fonte dati : Audit Clinico e SIS

**N. terapie intensive e UTIC: N. 1 Terapia Intensiva - N. 1 UTIC Posti letto N. 14 di cui 4 subintensiva**

**N. DAI 0 (zero)**

## DEA

### ACCESSI PRONTO SOCCORSO

ACCESSI PRONTO SOCCORSO	2011	2012	2013	2014
<b>Numero totale di accessi in pronto soccorso</b>	<b>37.608</b>	<b>39.721</b>	<b>40.229</b>	<b>39.755</b>
- di cui numero codici bianchi	2.423	1.599	773	585
- di cui numero codici verdi	20.543	22.763	23.952	23.390
- di cui numero codici gialli	13.388	13.959	13.685	14.130
- di cui numero codici rossi	1.254	1.401	1.819	1.646

Fonte dati : Delibera 91/2014 Aggiornamento piano della prestazione e dei risultati / ACESIS

## HUB reti assistenziali specialistiche della Regione Lazio

Rete	Ospedale riferimento
Emergenza	Osp. Policlinico Gemelli Roma
Cardiologia	Osp. Policlinico Gemelli Roma
Ictus	Osp. Policlinico Gemelli Roma
Trauma grave	Osp. Policlinico Gemelli Roma
Perinatale	Osp. Policlinico Gemelli Roma
Malattie emorragiche	Osp. Policlinico Umberto 1 Roma
Malattie Infettive	Osp. Policlinico Gemelli Roma – Osp. Policlinico Umberto 1 Roma
Oncologia	Osp. Policlinico Gemelli Roma

Fonte dati : UOC SSO

## CHIRURGIA

N. 1 Blocco Operatorio / N. 9 sale operatorie

N. Interventi chirurgici

Attività Chirurgica	2011	2012	2013	2014
Interventi in ricovero ordinario	4.150	3.928	3.385	3.206
Interventi in day surgery	1.475	1.433	1.472	1.367
Prestazioni ambulatoriali	128.960	126.528	130.328	138.300

**OSTETRICIA** anno 2013 N. parti 598                      gravidanze a Rischio N. 323  
anno 2014 N. parti 523                                      gravidanze a Rischio N. 320

Fonte dati : Delibera 91/2014 Aggiornamento piano della prestazione e dei risultati / ACESIS

**CHIRURGIA DEI TRAPIANTI** Non presente

**Presenza di struttura di Coordinamento Aziendale per il Procurement e il prelievo degli Organi e dei tessuti**

**SERVIZIO TRASFUSIONALE:** Esistente n. 1 Centro Trasfusionale presso Polo Ospedaliero Unificato Rieti - Amatrice

**Svolge attività ambulatoriale di:**

- Medicina e Terapia trasfusionale;
- Sierologia Prenatale e Centro Rh;
- Centro Emofilia;
- Punto di riferimento per donatori di midollo osseo;
- Punto di raccolta sangue di Cordone Ombelicale;
- Attività di diagnostica di Laboratorio;
- Attività sul territorio con iniziative atte a promuovere e divulgare la donazione del sangue.

Fonte dati : Referente/Coordinatore Serv. Trasfusionale Anno 2015



## 1.b DESCRIZIONE DEGLI EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO TRIENNIO

Anno	N. Eventi Avversi	N. Eventi Sentinella	N. Sinistri **
2011	18	0	66
2012	1	1	54
2013	73	2	59
<b>2014</b>	<b>143</b>	<b>5</b>	<b>50</b>

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

## 1.c DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza e rel. Scadenza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio*
2011	RCT/O n. ITOMM1000051 31/08/2013	AMTRUST EU.LTD	€ 1.180.000	€ 500.000	MARSH SpA
2012	RCT/O n. ITOMM1000051 31/08/2013	AMTRUST EU.LTD	€ 1.180.000	€ 500.000	MARSH SpA
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

\* In caso affermativo, indicare la Compagnia ed il termine di scadenza

## 1.d COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (GRUPPO CONSULTIVO AZIENDALE)

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

Affari Generali e Legali	Risk Management	Direzione Medica Osp.	Medicina Legale
Avvocatura Az. Osp. San Camillo Forlanini	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**
- Con deliberazione n. 69/DG dell'11/02/2015 è stato costituito il COMITATO AZIENDALE DI VALUTAZIONE DEI SINISTRI (CAVS), che andrà ad assorbire le funzioni proprie del disciolto Gruppo Consultivo Aziendale e che sinora non ha istruito nessun caso.  
Composizione CAVS:
  - Dirigente U.O.C. Affari Generali, Dott.ssa Barbara Proietti – supplente: Dott. Roberto Longari;
  - gli Avv.ti G. Fratto, V. Gambardella, E. Mammone - Dirigenti Avvocati dell'Azienda Ospedaliera "San Camillo Forlanini";
  - Responsabile U.O.C. Risk Management, Dr.ssa Manuela Serva – supplente: in corso di individuazione;
  - Responsabile Assistenza Sanitaria Territoriale presso il Distretto Salario, Dott. Gennaro D'Agostino, supplente: Dr.ssa Albertina Ciferri;
  - Dirigente U.O.C. Direzione Medica Ospedaliera, Dr. Pasquale Carducci – supplente: Dr.ssa Antonella Stefania Morgante;
  - Dott. Luca Fasanella in rappresentanza della Marsh Spa, broker aziendale – supplente: Simonetta Pieretti;

- 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;
- dalle ore 24,00 del 28/02/2015 alle ore 24 del 29/02/2016 Copertura Assicurativa verso terzi/dipendenti (RCT/O) Compagnia di Assicurazione BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED

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

## 2. SCOPO

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) è lo strumento per progettare, promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. L'Azienda, con la figura del Risk Manager e la implementazione di un modello organizzativo della funzione di Risk Management, attraverso le politiche di management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente nonché dell'operatore e dell'intera immagine del "Sistema Azienda".

I progetti operativi come esplicitati all'interno del PARM hanno la finalità di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni per la relativa adozione di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi presi in esame. Il PARM è quindi uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro. L'ottica è quella di diminuire le potenzialità di errore attivo e di sistema organizzativo, nonché di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie. Il PARM si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, di analisi del rischio, di promozione e di implementazione di linee guida, di procedure e di istruzioni operative, di obiettivi informativi e formativi.

La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico assistenziali in quanto è figura di supporto che coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante nella diffusione della cultura della sicurezza e della conoscenza del rischio.

Proprio attraverso il PARM il Risk Manager, fornisce quindi all'Azienda nella sua globalità un supporto indispensabile affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato cronoprogramma delle azioni da implementare e con flessibilità organizzativa.





Inoltre, il PARM rappresentando l'esplicitazione delle politiche di analisi e di prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli stakeholders.

Le attività che si realizzano anche attraverso il PARM fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, attività ed iniziative in linea e in continuità con processi già avviati nel precedente Parm (2014) ma attivando anche percorsi nuovi e in linea con le esigenze prioritarie del sistema Azienda, che ha visto nell'anno in corso anche l'apertura di una "Casa della Salute" in Magliano Sabina.

Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARM, redazione che ha visto, in una ottica di massima collaborazione e condivisione, il coinvolgimento delle strutture dell'area strategica dell'Azienda ( Controllo di Gestione - Sviluppo strategico ed Organizzativo - Sistemi Informativi Sanitari, Comitato Budget).

Le azioni di piano hanno, inoltre, voluto coinvolgere nell'ottica della massima integrazione per il raggiungimento di obiettivi di efficacia, la UOS Sviluppo Competenze e Formazione, il Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie, il Servizio di Prevenzione e Protezione, La UOC Tecnico Patrimoniale, la UOC ABS e la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero per la definizione delle attività condivise alcune delle quali riportate all'interno degli obiettivi di Budget 2015.



### 3. OBIETTIVI STRATEGICI

Nel recepire le LLGG regionali per la stesura del PARM ed in coerenza con la *Mission* aziendale sono stati identificati per l'anno 2015 i seguenti obiettivi strategici:

1. Creare e diffondere la “*cultura della sicurezza*” e la “*cultura organizzativa*”;
2. Creare la mappa dei rischi;
3. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa;
4. Favorire la comunicazione tra professionisti in un'ottica di sistema;
5. Promuovere interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo alle infezioni correlate all'assistenza;
6. Promuovere interventi mirati al contenimento dei sinistri;
7. Favorire la visione unitaria delle diverse “sicurezze” aziendali attraverso il monitoraggio coordinato e continuativo tra le varie funzioni aziendali, con particolare riguardo alla sicurezza dei pazienti, degli operatori e delle tecnologie/apparecchiature;
8. Promuovere l'appropriatezza gestionale nell'allocazione delle risorse economiche aziendali;
9. Promuovere l'integrazione tra le diverse articolazioni aziendali coinvolte nel governo clinico;
10. Facilitare i processi di integrazione tra Risk Manager, Affari Generali e/o Legali e Medicina Legale ai fini della gestione della sinistrosità.
11. Implementare il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali.



#### 4. STRUMENTI

Al fine del raggiungimento degli obiettivi l'attivazione del PARM prevede i seguenti strumenti quali:

- a) L' articolazione Aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico è attualmente organizzata come una Funzione in Staff al Direttore Generale, attualmente la Funzione si compone di n. 2 unità e precisamente:

N. 1 Dirigente Medico con funzioni di Risk Manager Aziendale;

N. 1 Collaboratore Tecnico Professionale – fascia D

N. 1 Collaboratore Professionale Sanitario -Infermiera part-time 3 gg alla settimana;

Facendo riferimento ai criteri previsti dal documento regionale (Determina N G01424 del 10/02/2014), la dotazione organica minima, oltre al Risk Manager, deve prevedere N 1 profilo sanitario e N 1 profilo tecnico/amministrativo;

- b) La partecipazione del Risk Manager, quale componente effettivo, al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) come da deliberazione n. 213/DG del 22/05/2014. Il CC-ICA prevede modalità operative in coerenza con il documento prodotto dal Gruppo di Lavoro Regionale;

- c) La partecipazione del Risk Manager, quale componente effettivo, al CAVS già definito con deliberazione del Direttore Generale n. 69/DG del 11/02/2015;

- d) **Mappatura dei rischi** mediante i seguenti strumenti:

- I. analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting o altre modalità di comunicazione;
- II. processo interno di auditing;
- III. indicatori ottenuti tramite Schede di Dimissione Ospedaliera;
- IV. monitoraggio delle cartelle cliniche al fine di verificare la qualità della documentazione sanitaria;
- V. analisi dei reclami;
- VI. analisi del contenzioso;
- VII. analisi del fenomeno infortunistico.

- e) Corsi di informazione/formazione degli operatori mirati alla diffusione della cultura della sicurezza e all'apprendimento degli strumenti e tecniche di gestione del rischio;

- f) Monitoraggio degli Eventi Sentinella secondo il Protocollo Ministeriale ed alimentazione dei flussi SIMES secondo le modalità e le tempistiche previste per l'invio delle schede A e B;



- g) Monitoraggio dei dati riguardanti i sinistri ed alimentazione dei flussi SIMES secondo le modalità e le tempistiche previste dalle Linee di Indirizzo Regionali;
- h) Svolgimento delle attività del **CAVS (Comitato Aziendale Valutazione Sinistri)** per la valutazione dei Sinistri;
- i) Introduzione sistematica di attività di “Internal Auditing” che coinvolgano direttamente i professionisti in un percorso di identificazione, rimozione e/o segnalazione dei rischi;
- j) Adesione alle Buone Pratiche ed ai protocolli/procedure o linee guida prodotte a livello aziendale e/o regionale;
- k) Implementazione attività di valutazione della completezza e correttezza della cartella clinica mediante griglie di valutazione aziendale;
- l) Attività di informazione ai cittadini e ai caregivers su tutte le attività intraprese nell’Azienda per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure;
- m) Raccordo operativo con la rete di Referenti in materia di gestione del rischio clinico appositamente individuati e formati per facilitare il percorso di condivisione a tutti i livelli e rendere possibili le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi stabili;
- n) Implementazione e applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure;
- o) Implementazione di sistemi di controllo e monitoraggio delle ICA: Applicazione Linee Guida Regionali;
- p) Istituzione Coordinamento aziendale delle diverse Sicurezze ( Risk Management - UOC Tecnico Patrimoniale – SPP – Medico Competente – Medico Autorizzato);



## 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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 ed aziendali in materia di Risk Management;
- quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a fornire direttive (piano budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARM.

Azione	Direttore Generale	Direttore Sanitario Aziendale	Risk Manager	CC-ICA	GCA *	AA.GG /Uff. Legale
Redazione PARM	I	C	R	C	C	C
Adozione PARM con delibera	R	I	I	I	I	I
Coordinamento PARM	I	C	R	C	C	C

\*Gruppo Consultivo Aziendale

**R = Responsabile**

**C = Coinvolto**

**I = Informato**

Relativamente alla **Matrice delle Responsabilità** delle singole azioni previste nel PARM 2015, vengono indicate le **Strutture Responsabili** e le **Strutture Coinvolte** di volta in volta sulle singole azioni da porre in essere.



## 6. AZIONI

Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici si esplicitano le azioni come di seguito riportato:

- 1. Inserimento nel processo di Budgeting 2015 degli obiettivi declinati nel presente PARM ritenuti di interesse strategico aziendale con individuazione della funzione interessata come Responsabile del raggiungimento dell'obiettivo e della/e funzione/i Coinvolta/e al raggiungimento dello stesso.***

Gli obiettivi sono riportati indicando le diverse **linee di attività** da implementare ed inserite negli Obiettivi Budget PARM 2015

<b>Linea di Attività <u>FORMAZIONE</u></b>			
<b>Struttura Responsabile: Sviluppo Competenze e FORMAZIONE</b>			
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>SCADENZA</b>	<b>Strutture Coinvolte</b>
Organizzazione del corso formativo <b>"Il governo del Rischio e la Funzione della Rete"</b> Applicazione di modelli di valutazione e gestione del Rischio clinico	Almeno n. <b>due</b> eventi formativi con coinvolgimento di almeno il 50% dei Facilitatori e i MMG operanti presso la Casa della Salute	<b>30/11/2015</b>	Risk Management
Organizzazione della <b>"Conferenza annuale 2015 sul Rischio Clinico"</b> finalizzata ad una discussione interattiva sugli eventi avversi più interessanti rappresentati dalle singole UO Sanitarie Ospedaliere e Territoriali	Realizzazione della Conferenza assicurando la partecipazione di almeno il 50% delle UO Sanitarie	<b>31/12/2015</b>	Risk Management
Eventi formativi a supporto dell'implementazione degli strumenti necessari all'analisi e alla valutazione dei rischi specifici di corruzione e all'individuazione degli interventi volti a prevenirla	n. 3 Eventi formativi rivolti alle strutture Aziendali a Basso - Medio - Alto Rischio. Formazione del 20% del personale	<b>31/12/2015</b>	AA.GG. e Legali
<b>Struttura Responsabile: RISK MANAGEMENT</b>			
Progettazione corso ECM finalizzato alla Implementazione del percorso formativo per i facilitatori finalizzato a far acquisire tecniche di valutazione e gestione del Rischio Clinico	Progettazione Corso ECM	<b>30/04/2015</b>	SAPS
Progettazione ECM per realizzare una conferenza annuale di tutte le UO Sanitarie e Territoriali finalizzata ad un confronto interattivo sugli eventi avversi più interessanti rappresentati dalle UO.	Progettazione Conferenza accreditata ECM	<b>30/06/2015</b>	SAPS – AA.GG e Legali DMO e Farmacia Osp.
<b>Struttura Responsabile: DSM e delle Dipendenze Patologiche</b>			
Corso ECM : <b>"Gestione del rischio per evento suicidario"</b>	Progettazione Corso ECM	<b>30/06/2015</b>	Risk Management e Medicina Penitenziaria

**Linea di Attività TRASPARENZA E GESTIONE SINISTRI**

**Struttura Responsabile: AA.GG. e Legali**

OBIETTIVO	INDICATORE	SCADENZA	Strutture Coinvolte
Attività di informazione ai cittadini sulle attività intraprese dall'Azienda anche per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure	- Giornata di incontro - Report delle attività poste in essere con individuazione delle aree di criticità e proposte di miglioramento	30/11/2015	Risk Management
Attività di reportistica sul fenomeno dei sinistri con individuazione delle tipologie di sinistro assemblate per cause di sinistro, strutture di accadimento ecc..., e qualsiasi altro elemento utile per una lettura puntuale del dato comprensivo anche del trend del quinquennio 2011- 2015	Report annuale	31/12/2015	Risk Management
Implementazione della appropriatezza degli oneri economici aziendali – Gestione Sinistri –	Almeno il 20% di sinistri chiusi* nell'anno su sinistri aperti nell'anno *si intende la definizione dell'istruttoria sia ammv che Med Legale	31/12/2015	Risk Management

**Linea di Attività QUALITA' E CONTROLLO DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**Struttura Responsabile: SAPS**

OBIETTIVO	INDICATORE	SCADENZA	Strutture Coinvolte
<b><u>Qualità e completezza della Documentazione Sanitaria</u></b>			
Monitoraggio utilizzo SUT (Scheda Unica di Terapia) Scheda del Dolore e Scheda di Conley - mediante verifica a campione del 20% dei ricoveri del nelle Cartelle Cliniche nei mesi di Marzo e Settembre.	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	30/11/2015	Risk Management
Applicazione Check di valutazione completezza Cartella Clinica	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	30/11/2015	Risk Management
Monitoraggio Check List cartacea di tutte le Sale Operatorie	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	30/12/2015	Risk Management
<b>Struttura Responsabile: ACESIS</b>			
Controllo di un campione di 1000 Cartelle Cliniche della documentazione sanitaria in riferimento ai percorsi clinico organizzativi e/o alla appropriatezza formale del ricovero e giornate di degenza	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	30/11/2015	Risk Management
<b>Struttura Responsabile: UOC DMO</b>			
Controllo a campione sulle cartelle cliniche richieste cartacee dagli utenti/altro soggetto autorizzato dei requisiti di qualità della cartella clinica con applicazione di Check List	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento in un campione di almeno il 10% relativo al dato anno 2014	30/11/2015	Risk Management
<b>Struttura Responsabile: RISK MANAGEMENT</b>			
Redazione n. due Check List : 1. Controllo della completezza della Cartella Clinica 2. Valutazione qualità Cartella Clinica	Redazione di n. due Check List specifiche	30/04/2015	

**Linea di Attività IMPLEMENTAZIONE SISTEMA DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI  
CORRELATE ALL'ASSISTENZA**

**Struttura Responsabile: UOC DMO**

OBIETTIVO	INDICATORE	SCADENZA	Strutture Coinvolte
Monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	<b>30/11/2015</b>	CC-ICA
Revisione della procedura di Appropriately della Chemioprophilassi nelle attività chirurgiche	Redazione della procedura	<b>30/11/2015</b>	CC-ICA
Applicazione procedura sistema di monitoraggio dei Microrganismi Alert con rispetto degli indicatori previsti dalla procedura Aziendale	Report dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento	<b>30/11/2015</b>	CC-ICA

**Linea di Attività INTEGRAZIONE FRA LE DIVERSE SICUREZZE AZIENDALI**

**Struttura Responsabile: SPP**

OBIETTIVO	INDICATORE	SCADENZA	Strutture Coinvolte
Attuazione delle azioni di pertinenza previste dai Piani di Miglioramento degli eventi sentinella	Realizzazione di almeno l'80% dei piani di miglioramento	Rispetto dei tempi previsti dal cronoprogramma del piano di miglioramento	Direz. San. Az.le e Risk Management
Elaborazione di una Check List di rilevazione del rischio relativamente alla sicurezza lavoro con particolare riguardo alle Aree di interferenza nell'ambito penitenziario	Elaborazione di una Check List	<b>31/05/2015</b>	Risk Management

**Struttura Responsabile: UOC TECNICO PATRIMONIALE**

Attuazione delle azioni di pertinenza previste dal Piano di Miglioramento degli eventi sentinella	Realizzazione di almeno l'80% dei piani di miglioramento	Rispetto dei tempi previsti dal cronoprogramma del piano di miglioramento	Direz. San. Az.le e Risk Management
Redazione di procedura "Fuori uso e Fine uso"	Redazione di procedura	<b>30/06/2015</b>	ABS – DMO - SPP
Sistema preparazione farmaci antiblastici	Piena realizzazione del sistema presso il Serv. Farmaceutico Ospedaliero	<b>30/06/2015</b>	

**Struttura Responsabile: UOC ABS**

Elaborazione di procedura "Acquisizione e utilizzo beni strumentali e prodotti dalla fase di capitolato di gara all'utilizzatore con individuazione della matrice delle Responsabilità"	Redazione di procedura	<b>30/06/2015</b>	ABS – DMO - SPP
---	------------------------	-------------------	-----------------

**Struttura Responsabile: Risk Management**

Coordinamento Gruppo di Lavoro "Trasporto prelievi e campioni ematici a garanzia della sicurezza e della tracciabilità del flusso".	Redazione di procedura	<b>30/05/2015</b>	DMO – Lab. Analisi – Distretti- Serv Trasf. - SPP
---	------------------------	-------------------	---



<b>Strutture responsabili: Risk Management –SPP – Medico Competente – UOC Direz. Tec. Patrim.</b>			
Individuazione di una modalità regolamentata fra le Aree di Risk Management – Servizio di Prevenzione – Medico Competente- Medico Autorizzato e Direzione Tecnica Patrimoniale	Redazione di Regolamento	30/09/2015	Risk M. – SPPA-Med. Competente UOC TP

<b>Linea di Attività <u>IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E FLUSSI SIMES</u></b>			
<b>Struttura Responsabile: RISK MANAGEMENT</b>			
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>SCADENZA</b>	<b>Strutture Coinvolte</b>
Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella –Scheda A	Corretta alimentazione flussi SIMES secondo il protocollo ministeriale degli eventi sentinella	Rispetto delle scadenze di inserimento previste dal Ministero	
Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella- Scheda B	Corretta alimentazione flussi SIMES secondo il protocollo ministeriale degli eventi sentinella	Rispetto delle scadenze di inserimento previste dal Ministero	
Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella – Piani di Miglioramento	Corretta alimentazione flussi SIMES secondo il protocollo ministeriale degli eventi sentinella	Rispetto delle scadenze di inserimento previste dal Ministero	
Implementazione dinamica delle procedure sulla gestione del rischio Clinico e sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali mediante costituzione di specifici gruppi di lavoro, nel rispetto del percorso indicato nella nota della Regione Lazio prot. 99218 del 23/02/2015 avente per oggetto: "Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti"	delibera aziendale con individuazione dei Gruppi di Lavoro e crono programma	<b>31/03/2015</b>	
Redazione/Revisione delle Procedure sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali – Nota Regione Lazio prot. 99218 del 23/02/2015	Adozione atti deliberativi delle Procedure redatte/revisionate	<b>30/06/2015</b>	Gruppi di Lavoro Aziendali individuati con atto deliberativo
Realizzazione di una Check list finalizzata alla rilevazione del Rischio Clinico in ambito penitenziario	Redazione di una check list	<b>30/06/2015</b>	SPP
Revisione della procedura aziendale n. 2/2014 Modalità operative per il prelievo ed invio del campione Istocitopatologico presso la UOC Anatomia Patologica	Redazione procedura revisionata	<b>31/07/2015</b>	Gruppo di Lavoro
Implementazione e monitoraggio applicazione procedura cadute con Check predefinita e indagine conoscitiva	Valutazione di almeno il 30% delle cadute anno 2015	<b>31/12/2015</b>	
Monitoraggio del Piano sulla scorta delle indicazioni Regionali	Relazione sui monitoraggi	<b>31/12/2015</b>	

<b>Linea di Attività <u>IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA CONTINUITA' ASSISTENZIALE</u></b>			
<b>Struttura Responsabile: UOC SSO</b>			
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>SCADENZA</b>	<b>Strutture Coinvolte</b>
<b>CASA DELLA SALUTE</b> Redazione di procedura operativa per garantire la continuità assistenziale del paziente con particolare riferimento alla Casa della Salute	Redazione di procedura operativa	<b>31/07/2015</b>	Risk Management

<b>Linea di Attività <u>PROMOZIONE ATTIVITA' PER IMPLEMENTARE LA SEGNALAZIONE DI EVENTI AVVERSI ED ATTIVITA' DI REDAZIONE DI PIANI DI MIGLIORAMENTO NELL'INTERA ORGANIZZAZIONE</u></b>			
<b>Strutture Responsabili: TUTTE LE U.O. SANITARIE E TERRITORIALI</b>			
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>SCADENZA</b>	<b>Strutture Coinvolte</b>
Realizzazione di Audit relativi ad almeno un evento avverso e redazione dei Piani di Miglioramento. Realizzazione delle azioni di pertinenza previste dal piano di miglioramento in occasione di eventi sentinella.	Invio al Risk Management della risultanza dell'attività svolta	<b>31/10/2015</b>	Risk Management
Realizzazione delle azioni di pertinenza previste dal piano di miglioramento in occasione di eventi sentinella.		<b>31/12/2015</b>	Risk Management

<b>Linea di Attività Raccolta – SISTEMATIZZAZIONE E ANALISI DEI <u>RECLAMI</u></b>			
<b>Struttura Responsabile: URP</b>			
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>SCADENZA</b>	<b>Strutture Coinvolte</b>
Analisi di tutti i reclami (esterni ed interni) con analisi dei dati nel triennio e contestuale analisi delle criticità rilevate con proposta delle azioni di miglioramento.	Report semestrale dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento al Risk Management.	<b>30/06/2015</b>	Risk Management
	Report annuale, comparazione dei dati nel triennio dei dati con evidenza delle criticità e Azioni di miglioramento al Risk Management con comparazione dei dati nell'ultimo triennio	<b>31/12/2015</b>	

<b>Linea di Attività <u>IMPLEMENTAZIONE PERCORSI CLINICI</u></b>			
<b>Struttura Responsabile: ACESIS</b>			
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>SCADENZA</b>	<b>Strutture Coinvolte</b>
Revisione percorsi clinico organizzativi con mappatura dei Rischi specifici e generici sul k Tiroideo e Melanoma	Realizzazione di n. 2 percorsi clinici	31/12/2015	

2. **Analisi degli Eventi Sentinella** secondo modalità e tempistica prevista dal Protocollo ministeriale e implementazione dei Piani di Miglioramento a seguito degli eventi sentinella stessi; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
  
3. **Qualità documentazione Sanitaria :**
  - a) Monitoraggio dell'applicazione della procedura aziendale sul corretto utilizzo della Scheda Unica di Terapia mediante verifiche a campione delle cartelle cliniche - Report analisi dei risultati ed eventuali Piani di Miglioramento; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
  - b) Monitoraggio dell'applicazione della scheda del dolore, della Scheda di Conley e Scheda di Controllo della completezza documentale mediante verifica a campione delle cartelle cliniche- Report analisi dei risultati ed eventuali Piani di Miglioramento; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
  - c) Monitoraggio dell'applicazione della procedura aziendale sulla checklist cartacea in tutte le sale operatorie - Report analisi dei risultati ed eventuali Piani di Miglioramento; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
  - d) Monitoraggio attraverso Check list di controllo della qualità della documentazione Sanitaria attraverso strumento predefinito - Report analisi dei risultati ed eventuali Piani di Miglioramento; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
  
4. **Implementazione delle attività correlate al controllo delle ICA** con definizione di un piano Operativo (CC-ICA) in aderenza con le Linee Guida Regionali; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*



5. **Monitoraggio dell'implementazione della Procedura Aziendale di Sorveglianza e Gestione dei Patogeni Multiresistenti** mediante soddisfazione degli indicatori previsti in procedura - di un sistema di sorveglianza attiva della circolazione dei microrganismi sentinella nella struttura sanitaria; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
6. **Definizione, controllo e revisione periodica delle procedure riguardanti le attività correlate al rischio infettivo**, secondo i criteri del Sistema Gestione Qualità e gli standard della Joint Commission International; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
7. **Monitoraggio delle Infezioni Correlate all'Assistenza**: Progetto di sorveglianza sulle Infezioni del sito chirurgico. Revisione della procedura Aziendale sulla Chemiopprofilassi nella pratica chirurgica; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
8. **Implementazione di percorsi clinico organizzativi**; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
9. **Analisi dello stato di implementazione e monitoraggio della Procedura Aziendale per la "Prevenzione delle Cadute"** dei pazienti nelle strutture sanitarie già adottata in Azienda con modalità predefinite e controllo a campione;
10. **Implementazione delle procedure sulla gestione del Rischio Clinico** e sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali attraverso la costituzione di Gruppi di Lavoro specifici – delibera di costituzione dei Gruppi di Lavoro e Cronoprogramma delle attività; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
11. **Implementazione di procedure per incentivare flussi informativi e linee di attività fra le diverse "sicurezze"**. ( definizione di Check list congiunte - Procedura trasporto campioni analisi di Laboratorio - procedura fuori uso e fine uso – realizzazione Piani di Attività a seguito di azioni di miglioramento su Audit di Risk Management per eventi sentinella ecc..). Definizione di un successivo Coordinamento fra le diverse Aree della Sicurezza con redazione di un Regolamento delle attività; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
12. **Implementazione attività, in aderenza alle Linee Guida Regionali** relativamente al Comitato Valutazione Sinistri; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
13. **Attività di formazione specifica sul personale** già individuato come facilitatore del Rischio Clinico. Specifiche attività in tal senso sono già state inserite nel Piano Budget 2015. L'avvio delle attività presso la Casa della Salute ha fatto prevedere il

coinvolgimento, nei corsi formativi per facilitatori, anche i Medici di Medicina Generale operanti presso la Casa della Salute. Verrà sviluppata, inoltre, una formazione sul campo a seguito di bisogni che evidenziassero urgenti criticità formative;

14. **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;
15. **Realizzazione di corsi di formazione via FAD** indirizzata all'Area Sanitaria con particolare attenzione all'aspetto correlato alla *"corretta comunicazione"* sia al paziente che tra professionisti, indirizzata al personale della Dirigenza e del Comparto. Altro corso via FAD, finalizzato a contribuire alla corretta gestione del rischio *"Caduta del Paziente"* sarà indirizzato al personale di assistenza infermieristica;
16. **Conduzione di Audit Interni;**
17. **Conduzione di Audit di Risk Management;**
18. **Implementazione delle attività formative e degli strumenti a supporto della valutazione dei rischi specifici di corruzione** e all'individuazione degli interventi volti a prevenirla; *(Azioni inserite nel Piano Budget Aziendale 2015)*
19. **Implementazione della corretta gestione della problematica correlata all'utilizzo di Antiblastici**, con realizzazione del Progetto Aziendale di centralizzazione della preparazione degli stessi presso la sede della Farmacia del Presidio Ospedaliero di Rieti
20. **Sviluppo di progetti qualificanti:**
  1. **Realizzazione di n. 2 Safety Walk Around** - Al fine di espandere la logica del massimo coinvolgimento del personale nella identificazione delle Aree di Rischio e nello stimolo alla corretta percezione delle situazioni a maggiore rischiosità.
  2. **Progetto MCP (Movimentazione Centrata sul Paziente)** – Nell'anno in corso ci si pone l'obiettivo di proporre una ipotesi di progetto per una possibile partecipazione ad uno studio pilota in collaborazione con INAIL e altri Soggetti (IGIEA – Ass. Culturale per la ricerca nell'ambito della formazione finalizzata ai luoghi di lavoro – IPASVI Roma – Az. Osp. San Camillo Roma – ASCLEPION Lazio) per implementare una Movimentazione Centrata sul Paziente.



3. **Buon uso del Sangue: Implementazione del raccordo con il servizio SIMT** per sviluppare procedure in linea con le Raccomandazioni Ministeriali oltre che realizzare una integrazione nelle attività del CoBUS.
4. **Progetto Umanizzazione presso la UOC di Radioterapia** – si pone l'obiettivo di implementare gli aspetti riconducibili alla *"Umanizzazione"* in un contesto particolare come quello del paziente oncologico.



## 7. 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;
- ✓ Presentazione del Piano ai Capi Dipartimenti;
- ✓ Presentazione del Piano ai Direttori di UO;
- ✓ Presentazione del Piano ai Coordinatori;
- ✓ Presentazione del Piano alla Direzione Medica Ospedaliera;
- ✓ Presentazione del Piano ai Distretti Territoriali;
- ✓ Presentazione del Piano alla Casa della Salute di Magliano Sabina;
- ✓ Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet;
- ✓ 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.
- ✓ Trasmissione via mail del PARM ai Facilitatori del Rischio Clinico;
- ✓ Presentazione del Piano ai Facilitatori del Rischio Clinico.



## 8. INDICATORI

In tale sezione sono riportati, secondo la logica di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), gli indicatori che l'Azienda intende utilizzare al fine di misurare le attività svolte ed i risultati conseguiti. Tali indicatori sono riportati per singola **Linea di Attività** compresa la tempistica prevista.

### **Linea di Attività Trasparenza e Gestione Sinistri**

#### ***Strutture Responsabili: AA.GG. e Legali***

La corretta gestione del contenzioso finalizzata a gestire una parte importante delle conseguenze riconducibili alle sinistrosità ha rappresentato una delle Linee di attività prioritaria della Regione Lazio che con 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, ha voluto fornire gli strumenti organizzativi, omogenizzando attraverso dette Linee Guida, la strutturazione di un gruppo stabile (CVS) che vede rappresentate all'interno diverse ma definite professionalità, che da diverse angolature forniscono contributi utili alla gestione di tale fenomeno.

Quanto sopra è finalizzato a garantire una più efficace gestione del contenzioso medesimo e delle forme di ristoro del danno ottimizzando i tempi necessari alla istruzione documentale del sinistro anche con la finalità di gestione proattiva del rischio e in stretto raccordo con l'organismo Regionale di riferimento.

In aderenza a quanto già esplicitato all'interno del Piano di Risk Management 2014, l'obiettivo già fissato e riferito all'implementazione dell'appropriatezza degli oneri economici Aziendali-Gestione Sinistri, e che è stato soddisfatto nell'anno 2014, viene riproposto anche nel Piano di Risk Management anno 2015.

L'Azienda ha dato seguito alla costituzione del C.A.V.S secondo le Linee Guida Regionali con Delibera n° 69/DG del 11/02/2015, nell'ottica di una puntuale lettura del dato, si richiede alla struttura di riferimento uno studio ed una analisi di dettaglio dello stesso.





## Implementazione della appropriatezza degli oneri economici aziendali – Gestione Sinistri

<b>CRITERIO:</b> Promuovere l'appropriatezza degli oneri economici aziendali
<b>INDICATORE</b> % di sinistri chiusi * nell'anno su sinistri aperti nell'anno
<b>NUMERATORE</b> Numero di sinistri chiusi nell'anno preso in considerazione
<b>DENOMINATORE</b> Numero di sinistri aperti nell'anno preso in considerazione
<b>STANDARD</b> 20% <b>Tempistica:</b> 31/12/2015
<b>Responsabile</b> - Affari Generali e Legali

\* si intende la definizione dell'istruttoria sia amministrativa che medico-legale

<b>CRITERIO:</b> Disporre di una completa e dettagliata lettura del dato riferito alle denunce della sinistri e richieste di risarcimento
<b>INDICATORE</b> Report annuale e analisi di dettaglio al Risk Management
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 31/12/2015
<b>Responsabile</b> - Affari Generali e Legali <b>Strutture Coinvolta</b> –Risk Management

Nel Piano 2014 viene posta a carico della struttura AA.GG. e Legali sopramenzionata, l'implementazione delle azioni riconducibili all'attività di Trasparenza. Il raggiungimento dell'obiettivo previsto dalla BUSSOLA MAGELLANOVA, espresso nell'aumento del soddisfacimento dei detti indicatori, da n° 3 di partenza nei primi mesi del 2014, a n. 66 su 68 nel corso dello stesso anno. Tali indicatori sono espressione della accessibilità totale alle informazioni in ogni aspetto dell'organizzazione, al fine di consentirne l'accesso da parte dell'intera collettività favorendo forme diffuse di controllo sul buon andamento della gestione, la pubblicazione costante e dinamica di dati sul sito internet istituzionale dell'Azienda USL, la conoscenza delle azioni e dei comportamenti strategici adottati con la finalità di sollecitare e agevolare la partecipazione ed il coinvolgimento, sia sull'andamento della performance, sia sul raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione della stessa.

La verifica periodica dell'attuazione dei Programmi finalizzati a tali attività rappresenta uno stimolo per l'Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli stakeholder, dei cittadini e dei pazienti ed è una funzione strategica alla base del miglioramento continuo.



## Attività di informazione ai cittadini e caregivers su tutte le attività intraprese nell'Azienda per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure

<b>CRITERIO:</b> Trasparenza e diffusione delle informazioni
<b>INDICATORE</b> Report delle attività poste in essere con individuazione delle aree di criticità e proposte di miglioramento e organizzazione di <i>Giornata d'incontro con le Associazioni</i>
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 30/11/2015
<b>Responsabile</b> - AA.GG.- e legali

### Linea di Attività Formazione

**Strutture Responsabili:** Sviluppo Competenze e FORMAZIONE – RISK Management - DSM e delle Dipendenze Patologiche

**Strutture Coinvolte:** RISK Management - AA.GG. e Legali – SAPS – DMO – Farmacia Osp.

Ogni attività che punta alla " modifica dei comportamenti" organizzativi da parte di tutti, può implementarsi soltanto con lo sviluppo di una cultura fondata sull'approccio proattivo e sistemico al rischio e sulla corretta e permanente formazione del personale attraverso percorsi formativi definiti in rapporto agli obiettivi strategici da raggiungere. Sicuramente alla base del percorso di miglioramento c'è la logica della **condivisione** e della **circolazione** dei flussi nonché quella delle decisioni partecipate attraverso un progetto che punti a realizzare percorsi di "formazione efficace".

Sulla scorta di tale logica, nel PARM 2014 sono state sviluppate le prime azioni finalizzate al reclutamento del personale individuato come facilitatore ed è stato impostato il successivo primo step formativo che prevedeva almeno la formazione del 10% del personale individuato entro il 31/12/2014.

Tale indicatore è stato abbondantemente soddisfatto in quanto la formazione è riuscita a coprire nell'anno 2014 il 74% del personale individuato.

Sempre in aderenza alla logica del miglioramento continuo, nel PARM 2015 l'obbiettivo formativo è quello di sviluppare competenze specifiche del facilitatore relativamente alle modalità di approccio alla valutazione e gestione del Rischio, con strumenti di tipo sia reattivi all'evento, che proattivi. A tal fine i progetti formativi da sviluppare e strutturare come progetti accreditati secondo programma ECM, risponderanno a tale finalità e tenderanno a concentrarsi su una formazione pratica gestita a piccoli gruppi, con esercitazioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi formativi prefissati; a tale percorso formativo verrà assicurato l'invito a partecipare anche ai Medici di Medicina Generale che operano presso la Casa della Salute.

Inoltre nell'ottica di sviluppo della cultura del Rischio attraverso processi di partecipazione e di confronto interattivo è stata strutturata la Conferenza Annuale per le professionalità Sanitarie progettata anch'essa come evento accreditato ECM.



A completamento della prevenzione del Rischio in tutte le sue sfaccettature, nell'anno in corso si organizzerà una formazione sul rischio corruzione a tutte le strutture (Basso, Medio e Alto Rischio) anch'esso già inserito nel processo di Budget 2015.

<b>CRITERIO:</b> Organizzazione percorso formativo ai facilitatori
<b>INDICATORE</b> % di facilitatori che hanno effettuato una formazione di approfondimento sul rischio clinico
<b>NUMERATORE</b> Numero di facilitatori che hanno effettuato una formazione di approfondimento sul rischio clinico
<b>DENOMINATORE</b> Numero totale dei facilitatori individuati
<b>STANDARD</b> 50% <b>Tempistica:</b> 31/12/2015
<b>Responsabile</b> - Sviluppo Competenze e Formazione <b>Strutture Coinvolte</b> –Risk Management

<b>CRITERIO:</b> Promuovere il coinvolgimento di tutte le UOC Aziendali Sanitarie
<b>INDICATORE</b> Organizzazione di una conferenza con la partecipazione di almeno il 50% delle UO Sanitarie
<b>NUMERATORE</b> N. UO Sanitarie partecipanti
<b>DENOMINATORE</b> N. totale UO Sanitarie
<b>STANDARD</b> 50% <b>Tempistica:</b> 31/12/2015
<b>Responsabile</b> - Sviluppo Competenze e Formazione <b>Strutture Coinvolte</b> –Risk Management

<b>CRITERIO:</b> Implementare la formazione sul rischio corruzione
<b>INDICATORE</b> Organizzazione di n. 3 eventi formativi a copertura delle strutture a rischio Basso – Medio e Alto Rischio
<b>NUMERATORE</b> N. operatori formati
<b>DENOMINATORE</b> N. totale Operatori da formare
<b>STANDARD</b> 20% <b>Tempistica:</b> 31/12/2015
<b>Responsabile</b> - Sviluppo Competenze e Formazione <b>Strutture Coinvolte</b> – AA.GG. e Legali

<b>CRITERIO:</b> Implementare il livello formativo del facilitatore con acquisizione di tecniche di valutazione e gestione del Rischio Clinico
<b>INDICATORE</b> Realizzazione del progetto ECM entro il 30/04/2015
<b>STANDARD</b> 100 % <b>Tempistica:</b> 30/04/2015
<b>Responsabile</b> –Risk Management <b>Strutture Coinvolte</b> SAPS

<b>CRITERIO:</b> Promozione di un confronto interattivo sugli eventi avversi all'interno dell'organizzazione – Conferenza Annuale
<b>INDICATORE</b> Realizzazione del progetto ECM entro il 30/06/2015
<b>STANDARD</b> 100 % <b>Tempistica:</b> 30/06/2015
<b>Responsabile</b> –Risk Management <b>Strutture Coinvolte</b> – SAPS – AA.GG. – DMO – FARMACIA OSP. - Sviluppo Competenze e Formazione

<b>CRITERIO</b> Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4 "Prevenzione del Suicidio di paziente in Ospedale"	
<b>INDICATORE</b> Progettazione corso ECM "Gestione del Rischio per evento suicidario"	
<b>STANDARD</b>	100 % <b>Tempistica:</b> 30/06/2015
<b>Responsabile</b> – Dip Salute Mentale e delle Dip. Patologiche	<b>Strutture Coinvolte</b> Risk Management

### **Altre Azioni formative non ricomprese negli Obiettivi di Budget**

Le ulteriori azioni formative non previste all'interno del sistema Budget, prevedono comunque una attività di diffusione costante delle attività correlate all'attività di gestione del rischio Clinico e del Risk Management in genere con coinvolgimento della Funzione di Risk Management all'interno di corsi Aziendali strutturati, in condivisione con altre strutture ( Servizio Infermieristico, Direzione Medica Ospedaliera, Distretto Salute Mentale). 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.

Il problema della comunicazione è uno dei fondamenti del percorso di gestione del rischio anche attraverso il recupero del dialogo, della fiducia, della codecisione con il paziente. La scarsa comunicazione fra professionisti rappresenta spesso un nodo critico che induce a commettere l'errore a discapito della sicurezza e della qualità della prestazione. Sull'importanza della comunicazione è previsto un corso FAD specifico.

Inoltre, nell'ottica di gestione globale e continua dell'evento cadute, si intende fornire al personale di assistenza un ulteriore strumento formativo via FAD. Si ritiene infatti qualificante e utile superare con una formazione specifica su un evento largamente diffuso in Azienda, al fine di *"comprenderlo"* con tutti gli strumenti possibili, non ultimo anche quello della *"responsabilità"* del paziente stesso alla genesi dell'evento caduta.



## 1 - Attività formative finalizzate alla implementazione della qualità assistenziale:

Corso	N. edizioni
La riorganizzazione del dipartimento chirurgico ospedaliero per intensità di cure: week e long surgery	2
Strumenti e metodi per la prevenzione e la cura delle lesioni da decubito	3
Il bed management nel governo dei flussi	1
Il miglioramento continuo dell'attività infermieristica: la best practice	3
Percorsi diagnostici e protocolli nell'area radiologica critica all'interno del nuovo ospedale per intensità di cura	2
L'attività di nursing nella Medicina Respiratoria – Rischio clinico nel nursing delle malattie respiratorie croniche	1
<b>Indicatore : Realizzazione del 50% Corsi - Tempistica 31/12/2015 – SAPS</b>	

## 2 - Formazione via FAD

- a) Corso *“Comunicare in Sanità: la relazione con il Paziente e gli altri professionisti sanitari”* durata n. 10 ore Crediti ECM n. 10 – per tutte le professioni Sanitarie;
- b) Corso *“La gestione del Rischio caduta del paziente”* durata 15 ore Crediti ECM n. 22,5 – per il profilo Infermieristico

## Linea di Attività Implementazione Raccomandazioni Ministeriali e Flussi SIMES

### **Strutture Responsabili:** RISK Management

Il Risk Management fonda le sue attività sui seguenti principi ispiratori:

- Centralità del paziente
- Partecipazione e condivisione
- Integrazione
- Efficacia e appropriatezza,

elementi tutti alla base di un progetto unitario di *“Clinical Governance”* in cui lo strumento fondamentale alla base del miglioramento continuo è costruito sull'apprendimento dall'errore e sul coinvolgimento attivo di tutta l'organizzazione.

Il Risk Management è quindi un punto focale e di riferimento del sistema, e le strutture di una organizzazione di tipo sistemico e sistematico è la via che può condurre ai cambiamenti della pratica clinica, promovendo la crescita di una *“cultura della salute”* più vicina al paziente ed all'operatore contribuendo ad una ottimizzazione dei costi oltre che a garantire prestazioni più



sicure e di qualità. Le attività si fondano quindi sulla filosofia di una organizzazione che punta al miglioramento continuo della performance basata sulla raccolta e l'analisi del dato, su indagini che hanno lo scopo di individuare azioni di miglioramento con il coinvolgimento massimo dell'operatore che rappresenta il punto focale da cui partire e su cui poi ritornare dall'analisi congiunta all'individuazione condivisa dei piani di miglioramento. E' sulla scorta di questo assunto che sono stati individuati i "facilitatori", a supporto della funzione di Risk Management. I Facilitatori rappresentano un pool di operatori con cui collaborare attivamente per mettere in atto le iniziative di gestione della sicurezza e qualità delle cure orientata alla cultura dell'apprendimento dall'errore attraverso strumenti e tecniche specifiche per la individuazione degli errori e dei "near miss", implementando altresì percorsi proattivi alla base di strategie di miglioramento.

Gli strumenti fondamentali da sviluppare in raccordo con la funzione del Risk Management saranno quelli di:

- sostegno all'organizzazione nel riconoscimento dell'errore per imparare dallo stesso;
- implementazione della cultura della sicurezza e della centralità del paziente all'interno dei contesti dove operano;
- contenimento delle dinamiche di gruppo nel processo di Audit.

La creazione della rete attraverso la definizione di un piano organizzativo condiviso mira ad integrare anche le diverse professionalità al fine di garantire un approccio sistemico al rischio, sviluppando un sistema di governo unitario delle attività.

Linea di attività assicurata costantemente dal Risk Manager è quella riconducibile alla corretta alimentazione del flusso SIMES ( Scheda A – Scheda B e Piani di Miglioramento).

### **Implementazione percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti**

In aderenza al sollecito regionale (Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti), di implementare sufficientemente le Raccomandazioni Ministeriali finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori si istituiranno con atto deliberativo entro il 31/03/2015 appositi gruppi di lavoro nel rispetto delle modalità previste e della tempistica indicata dal progetto regionale.

Tale attività è finalizzata a revisionare laddove necessario le procedure già attive, a redigere quelle ancora non formalizzate e a recuperare comunque all'interno di alcune di queste attività già poste in essere nel recepimento di alcune Raccomandazioni Ministeriali ( vedi per esempio SUT o Check List di Sala Operatoria).

Si procederà a formalizzare il recepimento delle procedure con appositi atti deliberativi della Direzione Strategica su proposta del Risk Manager, dopo la validazione di ogni singola procedura.



In linea con questo processo di monitoraggio del livello di applicazione delle procedure in essere, verrà sviluppata una linea di attività sul monitoraggio di un campione di almeno il 30% delle cadute segnalate in Azienda attraverso:

- Indagine conoscitiva e sopralluogo
- Intervista del Preposto/personale
- Applicazione Check di controllo

Sulla scorta delle risultanze emerse verrà ridefinito un eventuale successivo Piano di Miglioramento.

La mappatura del rischio e lo stato di applicazione delle Raccomandazioni anche nel settore Penitenziario, ha fatto prevedere una ipotesi di attività che parta proprio dalla definizione di una Check List mirata quale strumento per la mappatura del Rischio e per la individuazione di un successivo Piano di Attività .

Fra le attività così indicate come qualificanti si dettagliano di seguito:

- a) Realizzazione di Safety Walkaround;
- b) Redazione Progetto MCP (Movimentazione Centrata sul Paziente);
- c) Attività collaborative con SIMT per il Buon Uso del Sangue;
- d) Implementazione del progetto di Umanizzazione presso la UOC di Radioterapia.

### **Realizzazione di Safety Walkaround**

Attività che si ritengono di particolare interesse e da sviluppare nell'anno in corso, sono quelle riconducibili alla introduzione del Safety Walkaround.

Il Safety Walkaround (SWR) è una tecnica qualitativa di Risk Assessment che consiste in visite che gli esperti incaricati effettuano nelle unità operative per identificare, con il personale, i problemi legati alla promozione della sicurezza.

Il SWR riveste un ruolo importante all'interno del programma di miglioramento della sicurezza, della qualità delle cure e della soddisfazione dei pazienti e dei familiari (customer satisfaction). Può favorire lo sviluppo della segnalazione (Incident Reporting) nell'ambito di una cultura delle responsabilità e di un clima di reciproco aiuto, è essenziale per rendere tutti consapevoli che la sicurezza del paziente non può che essere il risultato di un impegno condiviso a tutti i livelli ed in tutte le fasi del processo di cura. Fondamentale a tal fine è la garanzia che la trasparenza e la condivisione possano essere realizzate soltanto in un clima di fiducia e non di colpevolizzazione.

Affianca altre metodiche già previste, come l'incident reporting, ma a differenza di questo, mantiene un carattere di discorsività e confronto diretto e dialettico configurandosi come strumento di diffusione della cultura della sicurezza del paziente e dell'operatore.

***L'obiettivo che ci si prefigge da raggiungere nell'anno 2015 è la realizzazione di n. due Safety Walkaround.***



## **Redazione Progetto MCP (Movimentazione Centrata sul Paziente)**

Dai dati a disposizione sulla sicurezza degli esposti al rischio movimentazione manuale dei pazienti, è evidente un aumento degli infortuni, delle assenze per malattia, e la notevole incidenza di giudizi di idoneità con prescrizioni nel personale di assistenza formulati nell'ambito della sorveglianza sanitaria dal Medico Competente. Sulla scorta di tali evidenze, in alternativa e a completamento delle indicazioni fornite dall'indice MAPO le sperimentazioni del modello della Movimentazione Centrata sulla Persona (MCP) integra il modello ergonomico Bio-Meccanico da cui deriva l'indice MAPO, con 4 nuove categorie di fattori di rischio riconducibili all'ambito professionale. Questa integrazione consente di leggere e decodificare più efficacemente le interazioni tra persona/paziente – ambiente – operatore di assistenza che sono all'origine della domanda di movimentazione manuale dei pazienti. La nuova strategia prevenzionistica viene quindi maggiormente orientata dal processo di nursing e si realizza attraverso la costante promozione dell'autonomia del paziente. Questo approccio è finalizzato a trasformare la movimentazione dei pazienti da attività di spostamento di una persona (prestazione) ad attività finalizzata al raggiungimento di un obiettivo assistenziale inserita nel processo di cura e riabilitazione (processo di nursing). “In una Circolare del settembre 2012, il Ministero della Salute ha messo in rilievo il problema legato alle cadute dei pazienti in tutti i contesti assistenziali e particolarmente in ambito ospedaliero e nelle strutture residenziali, che riguarda prevalentemente i pazienti anziani ed i pazienti “fragili”, con conseguenze significative per il paziente stesso, i suoi familiari e la collettività. Nell'ambito della prevenzione delle cadute dei pazienti, una loro corretta movimentazione costituisce un elemento di fondamentale interesse per i professionisti, per la struttura e per i pazienti stessi. Nell'ottica di offrire possibilità di approfondimento e strumenti innovativi, il Ministero ha posto all'attenzione dei Referenti per il Rischio clinico delle diverse Regioni e Province Autonome, per una possibile valutazione ed implementazione, la metodologia della Movimentazione Centrata sulla Persona (MCP), evidenziando il fatto che il modello proposto, accanto a quello per la sicurezza e la qualità delle cure, ha un grande valore anche per la tutela e la sicurezza dei lavoratori, ai sensi del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.”. L'ipotesi è quella di sviluppare un progetto operativo al fine di poter essere inseriti in un possibile studio policentrico

**INDICATORE : Redazione del Progetto      Tempistica: 31/12/2015**

## **Attività collaborative con SIMT per il Buon Uso del Sangue**

In tema di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali relative alla tematica Trasfusionale, in considerazione che oltre ad un Gruppo di Lavoro specifico che verrà coordinato dal Responsabile del SIMT, si è assicurato il coinvolgimento del Risk Manager nel Comitato del Buon Uso del Sangue, in considerazione che "I sistemi di emovigilanza hanno sempre concentrato la propria attenzione verso le reazioni indesiderate imputabili alle caratteristiche biologiche del sangue. Ad oggi però, visti i livelli di qualità e sicurezza raggiunti nel processo produttivo degli emocomponenti, il rischio di trasmissione di malattie infettive è notevolmente basso, ma le





reazioni indesiderate gravi da incompatibilità ABO sono ancora causa di eventi gravi e spesso fatali. Generalmente la reazione trasfusionale da incompatibilità ABO è causata da errori nel processo di assegnazione, consegna e somministrazione degli emocomponenti. La reazione trasfusionale da incompatibilità ABO rientra tra gli eventi sentinella con obbligo di segnalazione riconosciuti dal Ministero della Salute e dall'analisi dei dati si evince che in un periodo di 5 anni, fino al 2012, sono stati segnalati più di 50 casi di reazioni da incompatibilità ABO pari a 3,95% degli eventi sentinella totali. Come anticipato, l'errore trasfusionale deriva generalmente da errori umani durante le attività di assegnazione, consegna e somministrazione dell'emocomponente, errori imputabili principalmente alla mancata applicazione delle procedure proprie del processo trasfusionale.

Considerate le funzioni del CoBUS nell'ambito della terapia trasfusionale e della sorveglianza dell'appropriatezza e dell'applicazione delle procedure per la gestione della trasfusione, si è ritenuta opportuna la partecipazione al CoBUS del *Risk Manager Aziendale*, al fine di realizzare un programma completo per il controllo della corretta applicazione delle procedure per la prevenzione, il riconoscimento e la gestione del rischio da trasfusione incompatibile, si istituisce inoltre un Gruppo di Lavoro specifico e Coordinato dal Responsabile del SIMT.

***INDICATORE e Tempistica già inseriti negli Obiettivi di Budget.***

#### **Implementazione del progetto di Umanizzazione presso la UOC di Radioterapia**

Relativamente all'aspetto riconducibile alla ***"Umanizzazione delle Cure"*** soprattutto in ambiti clinici particolari come quelli del paziente affetto da patologia oncologica ci si è posto l'obiettivo di implementare un Progetto con il contributo attivo dei facilitatori della struttura oltre che con il coinvolgimento del Direttore, del Coordinatore e del Personale tutto così denominato Progetto di Umanizzazione ***"Fiori di Campo"***. Il Progetto di umanizzazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti oncologici denominato ***"Fiori di Campo"***, già attivato da alcuni anni e ha già ottenuto un riscontro positivo da parte dei pazienti afferenti al reparto e dei loro accompagnatori, nonché riconoscimenti in sede Regionale e Nazionale.

Nell'anno in corso si è ritenuto qualificante implementare questo progetto con nuove attività derivanti da esigenze contingenti avanzate da pazienti e/o operatori.

Di seguito vengono descritti in breve le idee progettuali proposte, da realizzare entro Dicembre 2015.

#### **Obiettivi**

***Riduzione dello stress dei pazienti e dello stress lavoro-correlato.***

#### ***Progetto A.R.Te (Accoglienza alla Radioterapia)***

Il progetto "A.R.Te." nasce dall'evidenza che i pazienti candidati a trattamento radiante vivono la fase pre-terapia con angoscia ed ansia. Le stesse derivano in gran parte dalla non conoscenza del processo di cura e dalla paura delle apparecchiature (es. TC, Acceleratore Lineare), degli ambienti



(es. bunker, sala di simulazione) e delle procedure (es. sistemi di immobilizzazione, tatuaggi, continui controlli).

Il progetto "A.R.Te." prevede, in giorni prestabiliti e comunque prima del trattamento, un incontro pomeridiano tra pazienti, familiari ed operatori, durante il quale verrà effettuata una spiegazione ed una proiezione filmata del processo di cura radioterapico, ed una visita guidata nei vari ambienti del Reparto. E' previsto un momento collettivo di interazione tra gli operatori ed i pazienti in cui si potranno porre domande; a richiesta disponibilità a colloqui privati (al fine di garantire la privacy dei pazienti).

Tutto ciò consentirà di semplificare la fase di consenso informato e ridurre l'ansia da terapia che caratterizza questo tipo di trattamento

Inoltre sarà consegnato un opuscolo informativo che il paziente potrà visionare per ulteriori delucidazioni.

### ***Progetto "VIP" (Videoproiezione)***

Il reparto di Radioterapia è dotato di schermi televisivi distribuiti nelle varie sale d'attesa, che ad oggi vengono utilizzati per proiettare programmi televisivi trasmessi dalle varie reti nazionali.

Il progetto VIP prevede l'utilizzo degli schermi per la proiezione di programmi culturali quali spettacoli, musical, documentari, etc.

Gli stessi schermi saranno utilizzati anche per eventuali comunicazioni interne ai pazienti, in sostituzione degli avvisi cartacei attualmente in uso.

### ***Progetto "Biblioteca in Radioterapia"***

Il Progetto "Biblioteca in Radioterapia" nasce dall'esigenza manifestata da parte dei pazienti di avere a disposizione riviste o libri di narrativa dislocati nelle differenti aree d'attesa.

Ad oggi i vari operatori si stanno impegnando a portare le proprie riviste in reparto.

Il progetto prevede anche la realizzazione di una biblioteca di libri di Narrativa donati al reparto.

### ***Progetto "Cinema in Radioterapia"***

Il Progetto Cinema in Radioterapia prevede la proiezione in giorni ed orari prestabiliti di film nella sala multimediale del reparto, dotata di videoproiettore, con la collaborazione del Lions Club di Rieti.

**INDICATORE : Report sul Progetto      Tempistica: 31/12/2015**



Di seguito si riportano in forma tabellare le attività previste sia quelle inserite nel Piano Budget 2015 sia quelle previste al di fuori di questo.

### Corretta alimentazione Flusso SIMES – Scheda A

<b>CRITERIO:</b> Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella
<b>INDICATORE</b> % di Schede A inserite entro i 5 giorni dalla segnalazione
<b>NUMERATORE</b> Numero di di Schede A inserite entro i 5 giorni
<b>DENOMINATORE</b> Numero di Schede A inserite
<b>STANDARD</b> > 95%
<b>Responsabile</b> – RISK Management

### Corretta alimentazione Flusso SIMES – Scheda B\*

<b>CRITERIO:</b> Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella
<b>INDICATORE</b> % di Schede B inserite entro i 45 giorni dalla segnalazione
<b>NUMERATORE</b> Numero di Schede B inserite entro i 45 giorni
<b>DENOMINATORE</b> Numero di Schede B inserite
<b>STANDARD</b> > 95%
<b>Responsabile</b> – RISK Management

\*Nei casi che, per complessità o difficoltà oggettive, non fosse possibile completare la scheda B secondo le modalità previste dal Protocollo ministeriale, andranno comunque esplicitate, sul sistema informativo, le motivazioni.

### Corretta alimentazione Flusso SIMES – Piani di Miglioramento \*

<b>CRITERIO:</b> Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella
<b>INDICATORE</b> % di piani di miglioramento previsti per gli Eventi Sentinella inseriti sul portale LAIT
<b>NUMERATORE</b> Numero di Eventi Sentinella inseriti sul portale LAIT che presentano il piano di miglioramento
<b>DENOMINATORE</b> Numero di Eventi Sentinella inseriti sul portale LAIT
<b>STANDARD</b> > 95%
<b>Responsabile</b> – RISK Management

\*Nei casi che, per complessità o difficoltà oggettive, non fosse possibile completare la scheda B secondo le modalità previste dal Protocollo ministeriale, andranno comunque esplicitate, sul sistema informativo, le motivazioni.

### Implementazione delle Procedure secondo le Raccomandazioni Ministeriali

<b>CRITERIO:</b> Implementazione dinamica delle procedure sulla gestione del Rischio Clinico e sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali mediante costituzione di Gruppi di Lavoro (Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti)
<b>INDICATORE</b> Deliberazione aziendale con cronoprogramma
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 31/03/2015

**Responsabile – RISK Management**

**CRITERIO:** Redazione/Revisione delle Procedure sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali - Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.

**INDICATORE** Adozione atti deliberativi delle procedure redatte/revisionate

**STANDARD** 100% **Tempistica:** 30/06/2015

**Responsabile – RISK Management** **Strutture Coinvolte** Gruppi di Lavoro

**CRITERIO:** Implementazione procedura Cadute

**INDICATORE** Corretta applicazione procedura cadute con report

**NUMERATORE** numero di eventi su cui viene applicata l'indagine attraverso la Check List e tempestiva indagine conoscitiva.

**DENOMINATORE** n. totale di eventi cadute

**STANDARD** 30% **Tempistica:** 31/12/2015

**Responsabile – RISK Management** **Strutture Coinvolte** Tutte le UO sede di caduta

**CRITERIO:** Definizione di strumento per la rilevazione dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali nel sistema carcerario

**INDICATORE** Redazione di Check List

**STANDARD** 100% **Tempistica:** 30/06/2015

**Responsabile – RISK Management** **Strutture Coinvolte** UOC SPP

**CRITERIO:** Revisione Procedura Aziendale – Tracciabilità dei percorsi

**INDICATORE** Revisione della Procedura Aziendale n. 2/2014 –Campioni Istocitopatologici

**STANDARD** Redazione procedura revisionata **Tempistica:** 31/07/2015

**Responsabile – RISK Management** **Strutture Coinvolte** Gruppo di Lavoro Aziendale

**CRITERIO:** Monitoraggio Piano Annuale Risk Management (PARM)

**INDICATORE** Relazioni sui monitoraggi

**STANDARD** 100% **Tempistica:** 31/12/2015

**Responsabile – RISK Management**

### **Altre Azioni formative non ricomprese negli Obiettivi di Budget**

**CRITERIO:** Condivisione attività ed integrazione Gruppo dedicato alla tematica Trasfusionale

**INDICATORE** Partecipazione al Comitato buon uso del Sangue come previsto da Atto deliberativo Az.le

**NUMERATORE** numero di partecipazioni alle sedute del Gruppo di Lavoro CoBUS

**DENOMINATORE** numero totale degli incontri del Gruppo di Lavoro CoBUS

**STANDARD** 50% **Tempistica:** 31/12/2015

**Responsabile – RISK Management** **Strutture Coinvolte** Servizio Trasfusionale

<b>CRITERIO:</b> Implementazione attività di diffusione della cultura della sicurezza – Mappatura del Rischio attraverso la metodologia del Safety Walkaround
<b>INDICATORE</b> Realizzazione di n. 2 SWR in due Strutture ospedaliera
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 31/12/2015
<b>Responsabile</b> – RISK Management

## Linea di Attività Implementazione Sistema di controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

**Strutture Responsabili:** UOC DMO

**Strutture Coinvolte:** CC-ICA

La implementazione di un piano di contenimento delle infezioni deve necessariamente tener conto anche della complessità dell'assistenza territoriale oltre che ospedaliera, riflessione questa che ha condotto a superare il concetto di infezione ospedaliera con quello di infezione correlata all'assistenza (ICA), che tiene debitamente conto anche delle possibili infezioni contratte dall'operatore nell'esercizio delle attività di assistenza medesima. In aderenza a tale visione e tenendo conto delle linee guida Regionali, sono stati deliberati il Comitato ICA, il relativo Regolamento e il Gruppo Operativo con il Piano Annuale di attività per l'anno in corso. Definiti, inoltre, i gruppi di lavoro Aziendali che dovranno pianificare tutte le azioni volte al contenimento delle ICA medesime attraverso strumenti organizzativi, tecnici, procedurali e comportamentali su cui richiamare l'intera organizzazione prevedendo altresì le relative azioni di monitoraggio e di controllo delle azioni poste in essere.

Per l'anno 2015 le linee di attività si concentrano sulla applicazione della procedura già redatta per il monitoraggio e il controllo dei Microrganismi Alert con l'intento di rispettare gli indicatori previsti dalla procedura stessa. Inoltre l'attenzione viene posta sul monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico e sulla revisione della procedura di appropriatezza della Chemioprophilassi nelle procedure Chirurgiche.

<b>CRITERIO:</b> Applicazione procedura sistema di monitoraggio dei Microrganismi Alert con rispetto degli indicatori previsti dalla procedura Aziendale
<b>INDICATORE</b> Elaborazione di un Report dei dati con evidenza delle criticità ed azioni di miglioramento
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 30 /11/2015
<b>Responsabile</b> - Direzione Medica Ospedaliera <b>Strutture Coinvolte</b> CC-ICA

<b>CRITERIO:</b> Monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico
<b>INDICATORE</b> Elaborazione di un Report dei dati con evidenza delle criticità ed azioni di miglioramento
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 30 /11/2015
<b>Responsabile -</b> Direzione Medica Ospedaliera <b>Strutture Coinvolte</b> CC-ICA

<b>CRITERIO:</b> Revisione procedura “Appropriatezza della Chemioprolassi in attività chirurgica”
<b>INDICATORE</b> Redazione della procedura
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 30 /11/2015
<b>Responsabile -</b> Direzione Medica Ospedaliera <b>Strutture Coinvolte</b> CC-ICA

## Linea di Attività Qualità e Controllo Documentazione Sanitaria

**Strutture Responsabili:** SAPS - ACESIS - DMO - RISK Management

**Strutture Coinvolte:** RISK Management

La qualità della documentazione sanitaria diventa un obiettivo fondamentale che raccoglie il contributo di diverse funzioni Aziendali integrando in maniera funzionale le diverse competenze al fine di monitorare la completezza della documentazione prevista all'interno della Cartella, la corretta compilazione della modulistica ad oggi utilizzata e finalizzata alla gestione del Rischio Clinico e la qualità dei contenuti della documentazione sanitaria.

Lo staff “Audit Clinico e SIS” dovrà effettuare un controllo relativo ai percorsi Clinico-Organizzativi attivi in Azienda; la compilazione di check list predisposte dalla Funzione Risk Management finalizzate ad un controllo di qualità della Cartella Clinica verrà curata dal Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie e dalla DMO, quest'ultimo si concentrerà più sugli aspetti di completezza e accuratezza.

<b>CRITERIO:</b> Implementare la Qualità e il controllo della documentazione sanitaria – Scheda SUT
<b>INDICATORE :</b> Report su verifica a campione del 20% dei ricoveri del mese di marzo 2015 – Criticità e predisposizione del piano di miglioramento; Report su verifica del 20% dei ricoveri del mese di Settembre 2015.
<b>NUMERATORE</b> N. Cartelle esaminate relative al campione di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> N. Totale delle del campione di riferimento
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 30/11/2015
<b>Responsabile -</b> SAPS



<b>CRITERIO</b> Implementare la Qualità e il controllo della documentazione sanitaria – Scheda del Dolore
<b>INDICATORE</b> Report su verifica a campione del 20% delle Cartelle Cliniche dei ricoveri del mese di marzo 2015 – Criticità e predisposizione del piano di miglioramento; Report su verifica del 20% delle Cartelle Cliniche dei ricoveri del mese di Settembre 2015.
<b>NUMERATORE</b> N. Cartelle esaminate relative al campione di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> N. Totale delle del campione di riferimento
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 30/11/2015
<b>Responsabile</b> - SAPS

<b>CRITERIO</b> Implementare la Qualità e il controllo della documentazione sanitaria – Scheda di Conley
<b>INDICATORE</b> Report su verifica a campione del 20% delle Cartelle Cliniche dei ricoveri del mese di marzo 2015 – Criticità e predisposizione del piano di miglioramento; Report su verifica del 20% delle Cartelle Cliniche dei ricoveri del mese di Settembre 2015.
<b>NUMERATORE</b> N. Cartelle esaminate relative al campione di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> N. Totale delle del campione di riferimento
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 30/11/2015
<b>Responsabile</b> - SAPS

<b>CRITERIO</b> Qualità della documentazione sanitaria – Completezza della Documentazione attraverso applicazione di Check List
<b>INDICATORE</b> Report su verifica a campione del 20% delle Cartelle Cliniche dei ricoveri del mese di marzo 2015 – Criticità e predisposizione del piano di miglioramento; Report su verifica del 20% delle Cartelle Cliniche dei ricoveri del mese di Settembre 2015.
<b>NUMERATORE</b> N. Cartelle esaminate relative al campione di riferimento
<b>DENOMINATORE</b> N. Totale delle del campione di riferimento
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 30/11/2015
<b>Responsabile</b> - SAPS

<b>CRITERIO:</b> Promuovere il corretto utilizzo delle Check List di Sala Operatoria
<b>INDICATORE</b> Report dei dati con evidenza delle criticità e azioni di miglioramento
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 30/12/2015
<b>Responsabile</b> - SAPS

<b>CRITERIO:</b> Completezza e Qualità della Cartella Clinica
<b>INDICATORE</b> Report dei dati con evidenza delle criticità e azioni di miglioramento su un campione di Cartelle Cliniche cartacee richieste dagli utenti/altro soggetto autorizzato
<b>NUMERATORE</b> N. cartelle esaminate
<b>DENOMINATORE</b> N. cartelle cartacee richieste riferite al dato anno 2014.
<b>STANDARD</b> 10% <b>Tempistica:</b> 30/11/2015
<b>Responsabile</b> - Direzione Medica Ospedaliera

<b>CRITERIO:</b> Rilevazione sul corretto rispetto dei percorsi clinici organizzativi
<b>INDICATORE</b> Report dei dati con evidenza delle criticità e azioni di miglioramento su un campione di 1000 cartelle cliniche richieste dagli utenti/altro soggetto autorizzato
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 30/11/2015
<b>Responsabile -</b> Audit Clinico e SIS

<b>CRITERIO:</b> Implementazione strumenti di controllo qualità cartella clinica
<b>INDICATORE</b> Redazione n. 2 Check List : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Controllo della completezza della Cartella Clinica</li> <li>2. Valutazione qualità Cartella Clinica</li> </ul>
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 30/04/2015
<b>Responsabile -</b> Risk Management

## Linea di Attività Implementazione Percorsi Clinici

### *Strutture Responsabili:* Audit Clinico e SIS

La revisione e il monitoraggio di alcuni dei percorsi clinico/organizzativi già in uso, in termini di analisi e mappatura dei rischi specifici e generici evidenziabili dall’Audit su tali percorsi è uno degli strumenti di miglioramento continuo dell’assistenza secondo la logica della qualità, in particolare l’area di attenzione nell’anno in corso è legata ai percorsi oncologici, essendo già operativi i percorsi per K mammella – K colon retto – K prostata – K vescica mentre in fase di implementazione il percorso relativo al K tiroide e al Melanoma

<b>CRITERIO:</b> Promuovere la revisione dei percorsi nell’ottica del miglioramento continuo ed implementare due nuovi percorsi
<b>INDICATORE</b> Realizzazione di n. 2 percorsi clinico-organizzativo ( K Tiroide e Melanoma)
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> il 31/12/2015
<b>Responsabile -</b> Audit Clinico e SIS

## Linea di Attività Integrazione fra le diverse Sicurezze Aziendali

*Strutture Responsabili:* SPP - UOC Tecnico Patrimoniale - UOC ABS - RISK Management – Medico Competente





**Strutture Coinvolte:** DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE - RISK Management – UOC ABS – UOC DMO – SPP - Lab. Analisi – Distretti – Serv. Trasfusionale – Medico Competente – UOC Tecnico Patrimoniale

La linea di attività tende a promuovere e a sviluppare quanto già avviato secondo la logica di una visione sempre più integrata della cultura della sicurezza.

A tal fine il raggiungimento di questo obiettivo è finalizzato alla:

- a) Strutturazione un coordinamento permanente fra le diverse aree, con definizione di un Regolamento e indicazione delle priorità di attività integrate;
- b) Collaborazione di tutte le figure Aziendali che gestiscono i diversi aspetti attraverso strumenti condivisi quali elaborazione delle procedure , documenti aziendali, per le diverse aree di interesse, Rischio Clinico, Procedure di Sicurezza dell'uso dei Farmaci e Dispositivi, Rischio Cadute, Sicurezza Uso del Sangue, Sicurezza sui Luoghi di Lavoro, Sicurezza Tecnologica ecc... .)

Nell'anno in corso le azioni previste per implementare tale aspetto si dettagliano come di seguito riportate, alcune delle quali già inserite negli obiettivi di Budget della dirigenza interessata.

<b>CRITERIO:</b> Corretta Implementazione dei Piani di Miglioramento su eventi sentinella nel rispetto delle tempistiche previste.	
<b>INDICATORE</b> Realizzazione dei Piani di Miglioramento e report al Risk Management	
<b>NUMERATORE</b> n. azioni realizzate	
<b>DENOMINATORE</b> n. azioni totali	
<b>STANDARD</b> 80%	<b>Tempistica:</b> il 31/12/2015
<b>Responsabile</b> - SPP – UOC Tecnico Patrim. <b>Strutture Coinvolte</b> Risk Management	

<b>CRITERIO:</b> Implementare il raccordo informativo/operativo tra le strutture implicate nel processo di "Sicurezza Aziendale"	
<b>INDICATORE</b> Redazione Check List rilevazione del rischio sicurezza lavoro ambito Penitenziario	
<b>STANDARD</b> Redazione Check List	<b>Tempistica:</b> 31/05/2015
<b>Responsabile</b> - SPP <b>Strutture Coinvolte</b> Risk Management	

<b>CRITERIO:</b> Implementare il raccordo informativo/operativo tra le strutture implicate nel processo di "Sicurezza Aziendale"	
<b>INDICATORE</b> Definizione procedura - "Fuori uso e Fine uso"	
<b>STANDARD</b> Definizione procedura	<b>Tempistica:</b> 30/06/2015
<b>Responsabile</b> - SPP <b>Strutture Coinvolte</b> Risk Management – UOC ABS – UOC DMO	

<b>CRITERIO:</b> Implementare le attività finalizzate alla centralizzazione del sistema di preparazione farmaci antiblastici.	
<b>INDICATORE</b> Piena realizzazione del Sistema di preparazione farmaci antiblastici	

<b>STANDARD</b> 100%	<b>Tempistica:</b> 30/06/2015
<b>Responsabile</b> - UOC Tecnico Patrimoniale	

<b>CRITERIO:</b> Implementare il raccordo informativo/operativo tra le strutture implicate nel processo di "Sicurezza Aziendale"	
<b>INDICATORE</b> Acquisizione e utilizzo beni strumentali e prodotti dalla fase di capitolato di gara all'utilizzatore con individuazione della matrice delle Responsabilità	
<b>STANDARD</b> Redazione procedura	<b>Tempistica:</b> 30/06/2015
<b>Responsabile</b> - UOC ABS <b>Strutture Coinvolte</b> UOC DMO - SPP	

<b>CRITERIO:</b> Implementare il raccordo informativo/operativo tra le strutture implicate nel processo di "Sicurezza Aziendale"	
<b>INDICATORE</b> Trasporto prelievi e campioni ematici a garanzia della sicurezza e della tracciabilità del flusso.	
<b>STANDARD</b> Redazione procedura	<b>Tempistica:</b> 30/05/2015
<b>Responsabile</b> - Risk Management	<b>Strutture Coinvolte</b> DMO- SPP- Distretti- Serv. Trasfusionale -Laboratorio Analisi

<b>CRITERIO:</b> Implementare il raccordo informativo/operativo tra le strutture implicate nel processo di "Sicurezza Aziendale"	
<b>INDICATORE</b> Individuazione di una modalità regolamentata fra le Aree di Risk Management – Servizio di Prevenzione – Medico Competente- Medico Autorizzato e Direzione Tecnica Patrimoniale	
<b>STANDARD</b> Redazione di un Regolamento	<b>Tempistica:</b> 30/09/2015
<b>Responsabile</b> - SPP – Risk Management – Medico Competente – UOC Tecnico Patrimoniale	

## Linea di Attività Implementazione Procedura Continuità' Assistenziale

**Strutture Responsabili:** UOC SSO

**Strutture Coinvolte:** RISK Management

L'avvio della Casa della Salute impone tutta una serie di attività finalizzate a sostenere la continuità assistenziale con particolare attenzione alla sicurezza dei processi via via implementati.

La redazione di una Procedura Operativa con particolare attenzione a questi aspetti è un elemento di partenza e qualificante del processo.

<b>CRITERIO:</b> Implementare il raccordo assistenziale fra Ospedale e Territorio
<b>INDICATORE</b> Definizione procedura per garantire la continuità assistenziale del paziente con particolare riferimento alla Casa della Salute
<b>STANDARD</b> Redazione procedura <b>Tempistica:</b> 31/07/2015
<b>Responsabile - UOC SSO</b> <b>Strutture Coinvolte</b> Risk Management

## **Linea di Attività Raccolta, Sistematizzazione e Analisi dei Reclami**

**Strutture Responsabili:** URP

**Strutture Coinvolte:** RISK Management

In aderenza alla logica di implementare un sempre più stretto raccordo con il cittadino, fonte di informazione relativamente agli aspetti della qualità percepita dallo stesso sia sugli aspetti organizzativi che più specificatamente assistenziali nella logica del miglioramento, alla struttura che cura le relazioni con il pubblico viene richiesta una raccolta puntuale di tutte le segnalazioni, una analisi delle stesse, una elaborazione utile al fine di individuare le aree di maggiore criticità proponendo altresì azioni di miglioramento che potrebbero essere governate dall'URP medesimo o in accordo con altri settori dell'Azienda, non ultimo il Risk Management.

Lo scopo è quello di porre in essere azioni proattive a sostegno del miglioramento relativo alle aree di maggiore criticità e a rivitalizzare il rapporto di fiducia del cittadino nei confronti della Azienda e dei servizi offerti.

L'analisi del fenomeno riconducibile ai reclami, segnalazioni dell'utenza e degli operatori, diventa, quindi, un ulteriore strumento che completa le attività di lettura del dato relativo alle disfunzioni riconducibili oltre che a supposte mal pratiche, anche a disfunzioni di tipo organizzativo nelle sue diverse sfaccettature.

In tal senso l'analisi dettagliato del dato da parte delle strutture di riferimento, l'individuazione di criticità e le proposte di azioni di miglioramento, possono essere dati importanti per la programmazione di eventuali iniziative a sostegno del recupero della partecipazione della utenza e della fiducia, presupposti importanti che sostengono la dimensione della "Qualità percepita".

<b>CRITERIO:</b> Analisi di tutti i reclami (esterni ed interni) con analisi dei dati nel triennio e contestuale analisi delle criticità rilevate con proposta delle azioni di miglioramento.
<b>INDICATORE</b> Report semestrale dei dati con evidenza delle criticità e proposte azioni di miglioramento – Trend nel triennio
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 30/06/2015 e 31/12/2015
<b>Responsabile - URP</b> <b>Strutture Coinvolte - Risk Management</b>

## **Linea di Attività Promozione attività per implementare la segnalazione di eventi avversi ed attività di redazione di piani di miglioramento – Rispetto dei Piani su Eventi Sentinella**

**Strutture Responsabili:** TUTTE LE UO SANITARIE E UO TERRITORIALI

**Struttura Coinvolta:** RISK Management

Nella logica del coinvolgimento e del confronto interattivo di tutta l'organizzazione, il progetto già sperimentato nell'anno 2014 e rivelatosi di sicuro interesse e stimolo per ogni U.O coinvolta, viene riproposto anche alla luce della avvenuta formazione dei facilitatori all'interno di ogni Unità Operativa. Tale attività potrà sicuramente migliorare la qualità dei prodotti di ogni singola articolazione organizzativa proseguendo nel solco tracciato lo scorso anno volto a migliorare aspetti procedurali e organizzativi di sicuro interesse sui punti ritenuti di maggiore criticità o conseguenti a eventi avversi registrati e su cui si sono implementate azioni di miglioramento.

L'obiettivo è stato formulato vincolando il Direttore/Responsabile di struttura a farsi carico delle azioni di miglioramento previste per il 2015, all'interno dei piani conseguenti ad eventi sentinella, come previsto dai piani medesimi e con le tempistiche come da crono programma del piano.

La realizzazione della Conferenza di fine anno accreditata come evento ECM, verrà arricchita da una parte realizzata come "rappresentazione teatrale" con il coinvolgimento di operatori dell'azienda che metteranno in scena un evento avverso con la finalità di rendere più forte e di sicuro impatto emotivo la rappresentazione di criticità importanti.

<b>CRITERIO:</b> Realizzazione di Audit relativi ad almeno un evento avverso e redazione dei relativi Piani di Miglioramento.
<b>INDICATORE</b> Invio al Risk Management della risultanza dell'attività svolta
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 31/10/2015
<b>Responsabile</b> - Tutte le UO Sanitarie e UO Territoriali <b>Strutture Coinvolte</b> – Risk Management

<b>CRITERIO:</b> Realizzazione delle azioni di pertinenza previste dal piano di miglioramento in occasione di eventi sentinella.
<b>INDICATORE</b> Invio al Risk Management della risultanza dell'attività svolta
<b>STANDARD</b> 100% <b>Tempistica:</b> 31/10/2015
<b>Responsabile</b> - Tutte le UO Sanitarie e UO Territoriali <b>Strutture Coinvolte</b> – Risk Management

## 9. 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
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
SAPS	Servizio Aziendale Professioni Sanitarie – Servizio Infermieristico
SPP	Servizio Prevenzione e Protezione
SSO	Sviluppo Strategico e Organizzativo
TP	Tecnico Patrimoniale
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico
CoBUS	Comitato Buon Uso del Sangue



## 10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Save Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, *Managing the risks of organizational accidents*, 1997;
5. Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione)
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
8. ISO Norme 9001:2000-e- 19011 Joint Commission;
9. AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators;<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
10. Sito Web Aziendale ASL Rieti : <http://www.asl.rieti.it>
11. Deliberazione ASL Rieti n. 88/DG del 31.01.2014 – Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014 - 2016;
12. Deliberazione ASL Rieti n. 91/DG del 31.01.2014 – Aggiornamento piano della prestazione e dei risultati 2014 – 2016;
13. Deliberazione ASL Rieti n. 242/DG del 23.05.2014 – Adozione Piano Annuale 2014 di Risk Management;
14. 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;



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



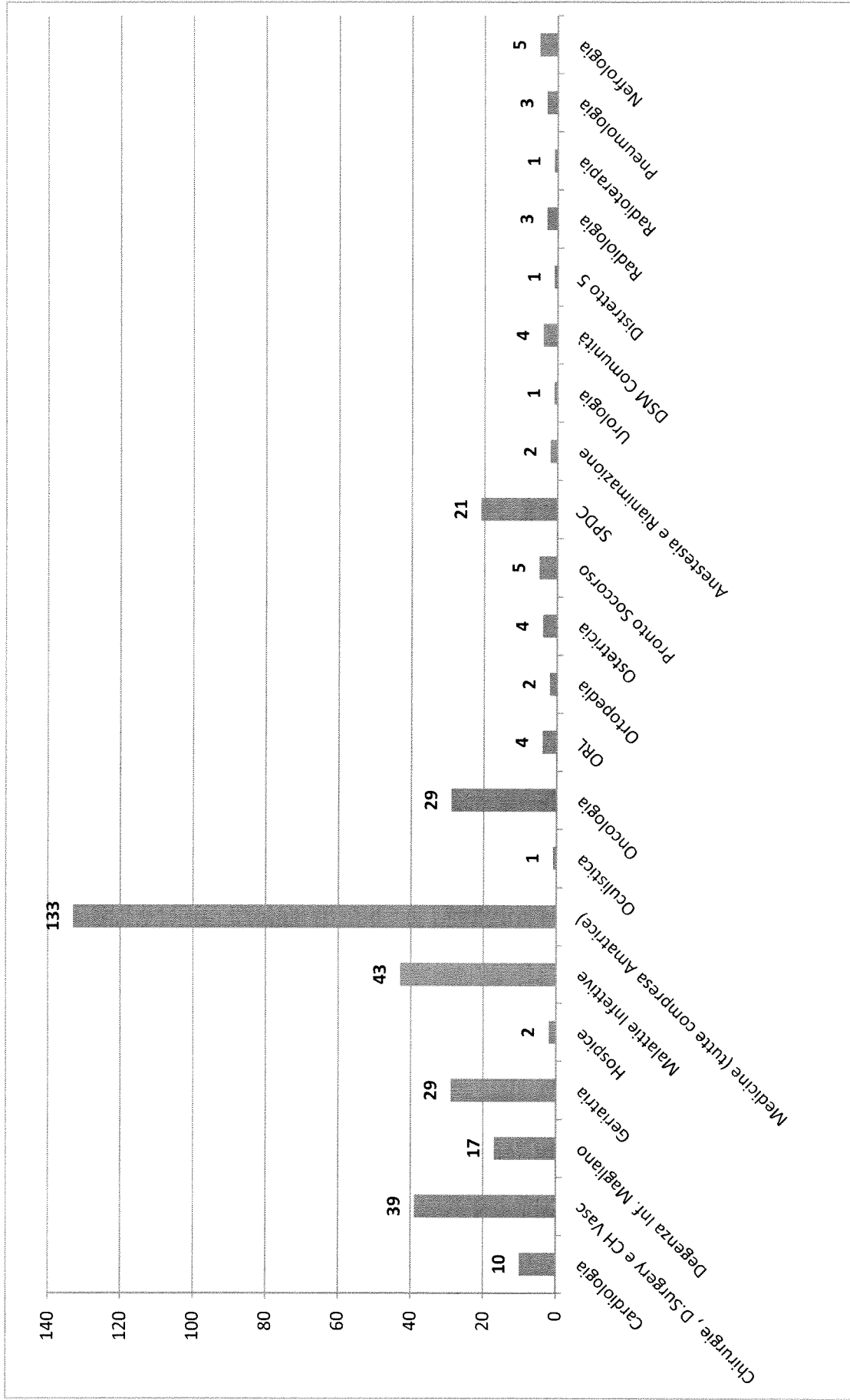
Allegato n. 1 - Analisi Cadute

	2011	2012	2013	2014
Totale Segnalazioni	94	53	70	143
Cadute	66	53	54	124
Inc. Rep.	28	0	16	19

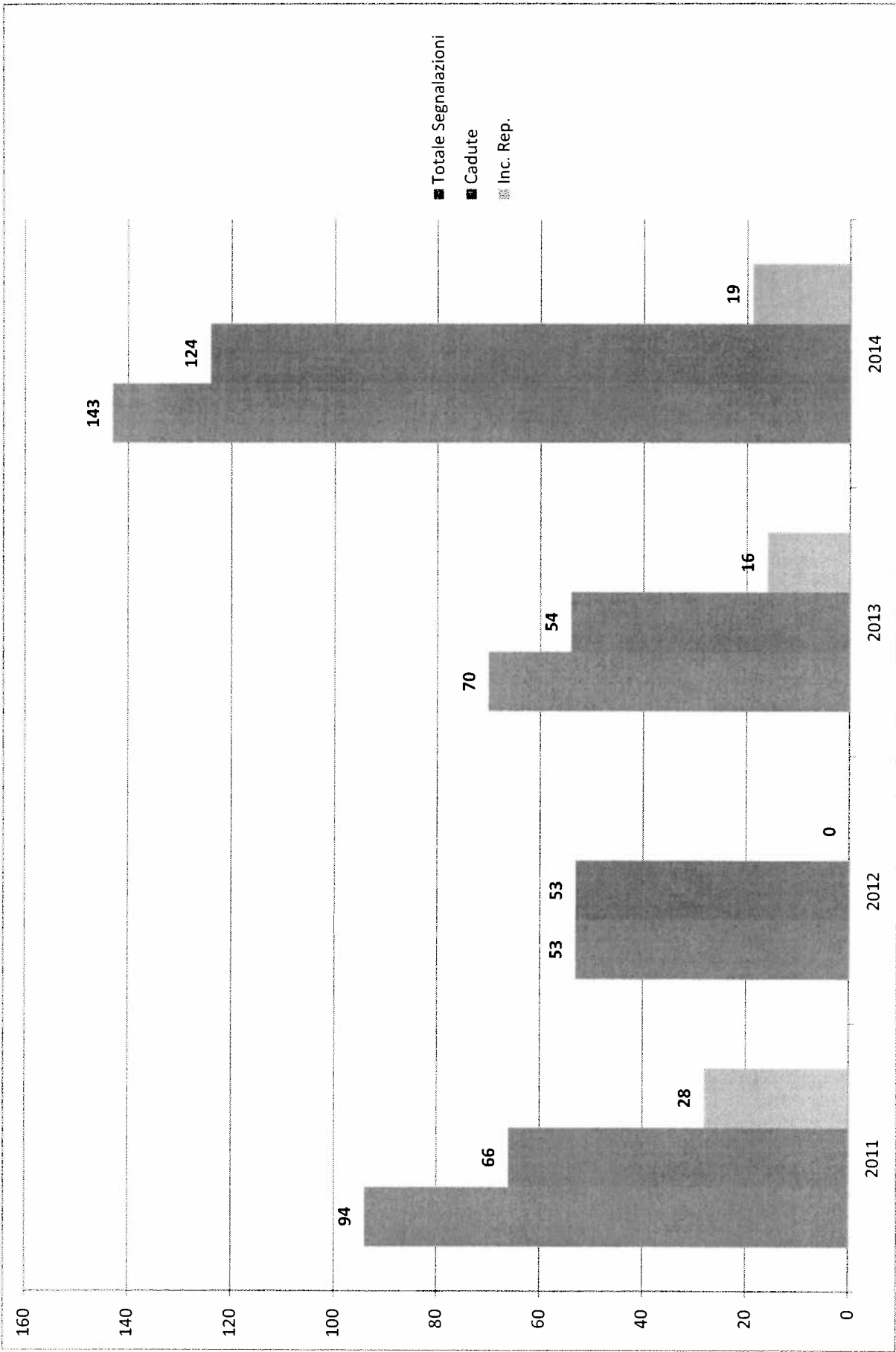
Strutture	Anno 2011		Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014	
	Cadute	Inc. Rep.	Cadute	Inc Rep.	Cadute	Inc. Rep.	Cadute	Inc. Rep.
<i>Cardiologia</i>	2		3		2		1	2
<i>Chirurgie , D.Surgery e CH Vasc</i>	5	11	4		7	2	4	6
<i>Degenza Inf. Magliano</i>	2		5		4		6	
<i>Geriatría</i>	4		1		6		18	
<i>Hospice</i>		1					1	
<i>Malattie Infettive</i>	18	1	7		3		14	
<i>Medicine (tutte compresa Amatrice)</i>	23	4	24		28		54	
<i>Oculistica</i>		1						
<i>Oncologia</i>	3	6			3	12	2	3
<i>ORL</i>		3	1					
<i>Ortopedia</i>	1						1	
<i>Ostetricia</i>		1					2	1
<i>Pronto Soccorso</i>	2		3					
<i>SPDC</i>	4		3				14	
<i>Anestesia e Rianimazione</i>	1					1		
<i>Urologia</i>	1							
<i>DSM Comunità</i>			2				1	1
<i>Distretto 5</i>						1		
<i>Radiologia</i>								3
<i>Radioterapia</i>							1	
<i>Pneumologia</i>								3
<i>Nefrologia</i>							5	



**TOTALE SEGNALAZIONI ANNI 2011 - 2012 - 2013 - 2014**



*Handwritten signature*



*Handwritten signature or mark.*

## Allegato n. 2 – Analisi dei Reclami

### RECLAMI FORMALIZZATI - TRIENNIO 2012/2014

<b>Anno 2012</b>	<b>35</b>
<b>Anno 2013</b>	<b>36</b>
<b>Anno 2014</b>	<b>44</b>
<b>TOTALE</b>	<b>115</b>

---

### AMBITO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO\*

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>TOT</b>
<b>OSPEDALE</b>	20	18	22	<b>60</b>
<b>TERRITORIO</b>	18	18	22	<b>58</b>

(Alcuni reclami si riferiscono ad entrambi gli ambiti)



Criticità segnalate ricondotte a specifiche classi	anno 2012	anno 2013	anno 2014	TOT
<b>A. QUALITÀ ORGANIZZATIVA</b>				
<b>A. 1 ACCESSO ALLE PRESTAZIONI</b>				
a. Prenotazione ordinaria/ Prenotazione in urgenza				
b. Disdetta prenotazione/errore di prenotazione	1			1
c. Priorità per particolari categorie			2	2
d. Tempi di attesa	4	1	5	10
e. Triage		1	1	2
f. Aspetti economici (ticket/rimborsi)	4			4
<b>Totale</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>19</b>
<b>A. 2 FRUIZIONE DELLE PRESTAZIONI</b>				
a. Rispetto orari, procedure interne, ispettive		6	5	11
b. Mancata erogazione/sospensione servizio/luogo di erogazione	4	6	12	22
c. Consegna referti/referti incompleti/non idoneità campione	4	2	6	12
d. Presa in carico		2		2
e. Erogazione farmaci (organizzazione ospedaliera e territoriale)				
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>47</b>
<b>B. QUALITÀ AMBIENTALE</b>				
a. Aspetti alberghieri (pasti, igiene, comfort, sicurezza)				
b. Barriere architettoniche				
c. Parcheggio/altri servizi di utilità (fontane, piazzole per sosta)	2		1	3
<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>C. QUALITÀ TECNICA PROFESSIONALE E ASSISTENZIALE</b>				
a. Aspetti tecnico-professionali	7	4	1	12
b. Aspetti Assistenziali/di vigilanza/di custodia	4	8	4	16
c. Aspetti Amministrativi e medico-legali				
d. Aspetti tecnologici, strumentali				
<b>Totale</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>28</b>
<b>D. QUALITÀ DELLA COMUNICAZIONE</b>				
a. Informazione	1	2	3	6
b. Umanizzazione e aspetti relazionali	4	5	10	19
c. Visibilità di servizi e strutture				
d. Rispetto della privacy/controllo rispetto normative	1		1	2
<b>Totale</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>27</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO *(alcuni reclami evidenziano più classi di criticità)</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>51</b>	<b>124</b>

## Allegato n. 3

### Analisi Fenomeno Infortunistico

Dati estratti dalla Relazione Resp. UOC SPPA

<b>Tasso di incidenza</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
N. Infortuni /anno	47	64	60	90
Numero dipendenti	1547	1559	1668	1674
tasso di incidenza	4.11%	4.11%	3.36%	5.38%
<b>Totale</b>	<b>1594</b>	<b>1623</b>	<b>1728</b>	<b>1764</b>

<b>Struttura</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
CECAD Amatrice	2	1	1	3
CECAD Magliano	4	2		1
P.O. Rieti	34	53	55	79
DSM	2	1	2	
Dip. Prevenzione		1	1	2
Blocco n.3 (ex OPP)	2	2		
Blocco n.2 (ex OPP)		1		
Distretto n. 1		1		1
Distretto n. 2	1			1
Distretto n. 3		2	1	
DAFO				2
DSDF	2			1
<b>Totale</b>	<b>47</b>	<b>64</b>	<b>60</b>	<b>90</b>

<b>Profili</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
Ausiliario	5	8	5	6
Op. Tecnico, OSS, OTA	5	9	4	6
Coordinatori Sanitari		2		2
Infermieri	17	28	31	45
Tecnici Sanitari / Ostetriche	5	4	2	2
Tecnici Prevenzione		1		
Ass. Sociale		1	1	
Dirigente Medico	14	10	17	23
Dirigente Veterinario				1
Ruolo Amm.vo	1	1		4
Ass. Tecnico				1
<b>Totale</b>	<b>47</b>	<b>64</b>	<b>60</b>	<b>90</b>

<b>Sesso</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
Maschi	13	19	19	29
Femmine	34	45	41	61
<b>Totale</b>	<b>47</b>	<b>64</b>	<b>60</b>	<b>90</b>

<b>Fattore di Rischio</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
Rischio Biologico	16	18	30	37
mmp	7	6	6	10
mmc		2		3
Aggrsione		1	5	8
Cadute	18	29	13	16
Incendio		3		
Utilizz Attrezzat. Lavoro		3		1
Rumore			2	2
Rischio Chimico			2	
Schiacciamento			1	3
Agitazione	2		1	
Inalazione Vapori				1
Altro	4	2		9
<b>Totale</b>	<b>47</b>	<b>64</b>	<b>60</b>	<b>90</b>

<b>Tipo di lesione</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
Ustioni		2		
Trauma		3	2	4
Strappo		1		
Schiacciamento	1	3	1	
Lussazione		1		1
Lombosciatalgia		2	1	7
Inalazione fumi		1		
Infrazione		3	1	1
Frattura		7	5	3
Ferite da Taglio	1	1	1	5
Ferite da Punta	9	15	23	22
Ferita		1		
Distrazione	6	2	4	6
Distorsione	7	10	2	9
Contusione	13	9	7	16
Contaminazione Liquido Biologico	5	2	6	9
Brachialgia		1		
Barotrauma			2	2
Algia	4		1	1
Epitrocleide			1	
Eritema			1	
Irritazione			1	
Lesione			1	
Erosione	1			1
Escoriazione				2
Dito a scatto				1
<b>Totale</b>	<b>47</b>	<b>64</b>	<b>60</b>	<b>90</b>

Allegato n. 4 - PATRIMONIO AZIENDA USL

QUADRO RIEPILOGATIVO DEGLI IMMOBILI AFFERENTI ALLA AUSL

Localizzazione dell'immobile	Comune	Foglio		Cat. Catastale	Sup. Lorda (Mq.)	Tipologia edilizia (edificio, porz. di edificio, complesso edificato)	Categoria e consistenza			Modalità di utilizzo		Profilo della proprietà		Dati economico/contrattuali
			Part.				Descrizione delle principali caratteristiche	Tipologia edilizia (edificio, porz. di edificio, complesso edificato)	Descrizione delle principali caratteristiche	Destinazione d'uso attuale	Grado di utilizzo (intero, parziale, dismesso, ...)	Denominazione del proprietario	Tipol. Proprietario (pubb./privato)	
Via John Fitzgerald Kennedy 1	Rieti (RI)	24	3	B/5	45413,43 s.n.	EDIFICIO	Composto da 1 Piano	OSPEDALIE	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'		
Via John Fitzgerald Kennedy 1	Rieti (RI)	24	3	B/5	148,51	EDIFICIO	Composto da 1 Piano	BAR	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'		
Via John Fitzgerald Kennedy 1	Rieti (RI)	24	3	B/5	58,43	EDIFICIO	Composto da 1 Piano	BANCA	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'		
Via del Terminillo 42	Rieti (RI)	78	706	B/4	1854,71 s.n.	EDIFICIO/BLOCCO 1	Composto da 2 Piani Situati nel complesso dell'ex OPP	UFFICI AMMINISTRATIVI, DIREZIONE GENERALE AFFARI GENERALI	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'		
Via del Terminillo 42	Rieti (RI)	78	704	B/4	1260,72 s.n.	EDIFICIO/BLOCCO 2	Composto da 2 Piani Situati nel complesso dell'ex OPP	UFFICI AMMINISTRATIVI DIREZIONE DEL PERSONALE	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'		
Via del Terminillo 42	Rieti (RI)	78	701	B/4	1124,97 s.n.	EDIFICIO/BLOCCO 3	Composto da 2 Piani Situati nel complesso dell'ex OPP	UFFICI AMMINISTRATIVI, PADILOGIA TECNICOLOGICA	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'		
Via del Terminillo 42	Rieti (RI)	78	76	B/4	853,31 s.n.	EDIFICIO/BLOCCO 4	Composto da 2 Piani Situati nel complesso dell'ex OPP	UFFICI AMMINISTRATIVI, DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA SANITA' PUBBLICA	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'		
via del terminillo, 42	Rieti (RI)	78	704	B/4	1534,26 s.n.	EDIFICIO/BLOCCO 5	Composto da 2 Piani Situati nel complesso dell'ex OPP	MATERNINO INFANTILE	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'		
Via del Terminillo 42	Rieti (RI)	78	703	B/4	2006,00 s.n.	EDIFICIO/BLOCCO 6	Composto da 3 Piani Situati nel complesso dell'ex OPP	DEPOSITO	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'		
Via del Terminillo 42	Rieti (RI)	78	689	B/4	2023,00 s.n.	EDIFICIO/BLOCCO 7	Composto da 2 Piani Situati nel complesso dell'ex OPP	ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'		



Via del Termunillo 42	Rieti (RI)	78	698/742	B/2	1190,34 s.n	EDIFICIO/BLOCCO 8	Composto da 2 Piani Situato nel complesso dell' ex OPP	CENTRO DI CURE PALLIATIVE	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'
Via del Termunillo 42	Rieti (RI)	78	180	in corso di definizione	80,00 s.n.	EDIFICIO	Composto da 1 Piano Situato nel complesso dell' ex OPP	PADIGLIONE BAR	DISMESSO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'
Via del Termunillo 42	Rieti (RI)	78	14	A/2	398,74 s.n.	EDIFICIO	Composto da 2 Piani Situati nel complesso dell' ex OPP	EX CASA SUORE BLOCCO 12	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'
Via del Termunillo 42	Rieti (RI)	78	13	B/2	436,80 s.n.	EDIFICIO	Composto da 2 Piani Situati nel complesso dell' ex OPP	CTR LA VILLA COMUNITA' TERAPEUTICA	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'
piazza dei martiri della liberta' I	Antrodoco (RI)	10	64	B/1	783,52 s.n	EDIFICIO	Composto da 3 Piani	AMBULATORI	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'
Via Finocchietto I	Poggio Mirnato (RI)	5	647	in corso di definizione	2722,12 s.n.	EDIFICIO	Composto da 4 Piani	POLIAMBULATORIO	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'
Bivio Poirignano I	Pescocostanzo (RI)	9	1583	B/4	857,41 s.n.	EDIFICIO	Composto da 3 Piani	POLIAMBULATORIO	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	PROPRIETA'
Via Garibaldi 17	Fara in Sabina (RI)	46	1776	B/4	1001,26 s.n.	EDIFICIO	Composto da 1 Piano al piano terra	POLIAMBULATORIO	INTERO	AUSL RIETI	PUBBLICO	LOCAZIONE
Via Francesco Crifoni	Amarice (RI) 30	59	515	B/2	4826,2 s.n.	EDIFICIO	Composto da 6 Piani	OSPEDALE	INTERO	SAN.IM.SEDE ROMA	PRIVATA	LOCAZIONE
Via Vocabolo Filoni	Magliano Sabina (RI) 1	16	46	B/6	8631,77 s.n.	EDIFICIO	Composto dal Piano semintertrato 2 al terzo piano	OSPEDALE	INTERO	SAN.IM.SEDE ROMA	PRIVATA	LOCAZIONE
Via Salaria per L'Aquila	Rieti (RI)	89	27	B/2	978,43 s.n.	EDIFICIO	Composto da 2 Piani	AMBULATORIO CSM/ISERT	INTERO	SAN.IM.SEDE ROMA	PRIVATA	LOCAZIONE
Piazza Veterani dello sport 3	Rieti (RI)	79	20/21	A/7-A/4-C/6	376,77 s.n	EDIFICIO	Composto da 2 Piani	COMUNITA' ALLOGGIO	INTERO	Colasanti/ Dionisi	PRIVATA	LOCAZIONE
Via Salaria per L'Aquila n. 62	Rieti (RI)	78	70	A/10	100 s.n.	PORZ.DI EDIFICIO	Composto da un Piano al piano terra	SERVIZIO DI CENTRALE DI ASCOLTO CONTINUITA' ASSISTENZIALE	INTERO	Dr. Enzo Trinchì	PRIVATA	LOCAZIONE
Via P.G. Minozzi	Amarice (RI) 30	93	90	B/1	20	PORZ.DI EDIFICIO	LOCALE	MAGAZZINO DELLA CASA RIPOSO	INTERO	CASA RIPOSO MINOZZI	PRIVATA	LOCAZIONE





Distretto n. 3 - Salario V.le Europa 9/11	Osteria Nuova di Poggio Molino (RI)	3	608	C/3	450 s.n.	EDIFICIO	Composto da un Piano al piano terra Più' Box Auto	POLIAMBULATORIO	INTERO	COGEF S.r.l	PRIVATA	LOCAZIONE
Distretto n. 3 - Salario V.le Europa 9/11	Osteria Nuova di Poggio Molino (RI)	3	608	C/3	230	PORZ.DI EDIFICIO	Composto da un Piano al piano terra	POLIAMBULATORIO	INTERO	COGEF S.r.l	PRIVATA	LOCAZIONE
Viale Europa n. 5	Osteria Nuova di Poggio Molino (RI)	3	608	A/10	56	PORZ.DI EDIFICIO	LOCALE	SERVIZIO DI CENTRALE DI ASCOLTO CONTINUITA' ASSISTENZIALE	INTERO	COGEF S.r.l	PRIVATA	LOCAZIONE
Via Formello loc. Sant'Antonio n. 2/A	Poggio Mirteto (RI)	17	26	A/3	110	EDIFICIO	Composto da un Piano al piano terra	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO	INTERO	Immobile di proprietà della Provincia Italiana dei Canonici Regolari Lateranensi,	PRIVATA	LOCAZIONE
Via Fratelli Schvebati n. 153 - 155 - 221 - 223,	Rieti (RI)	95	687	C/1	81	PORZ.DI EDIFICIO	Composto da un Piano al piano terra e un locale magazzino	AMBULATORIO VETERINARIO	INTERO	Fornace Laterzi Fronsenti S.r.l.	PRIVATA	LOCAZIONE
Viale Matteucci 9	Rieti (RI)	85	310	B/4	4997,38 s.n.	EDIFICIO	Composto da 5 Piani	POLIAMBULATORIO E UFFICI	INTERO	SAN.I.MI.SEDE ROMA	PRIVATA	LOCAZIONE
Piazza San Francesco n. 4,	Accumoli (RI)	39	433	in corso di definizione	67	PORZ.DI EDIFICIO	Composto da un piano al primo piano	AMBULATORIO MEDICINA DI BASE	INTERO	Comune	PUBBLICO	COMODATO D'USO
Via Regina Margherita n. 14	Ascrea(RI)	20	61	A/4	37	PORZ.DI EDIFICIO	LOCALE	SEDE DELLA GUARDIA MEDICA	INTERO	Comune	PUBBLICO	COMODATO D'USO
Via Nicola da Borbone, 12	Borbone(RI)	9	45	B/5	16	PORZ.DI EDIFICIO	LOCALE	SEDE DELLA MEDICINA LEGALE CERTIFICATA	INTERO	Comune	PUBBLICO	COMODATO D'USO
Via Monte Bruno, strc	Borghese (RI)	44	1153	B/4	212	PORZ.DI EDIFICIO	Composto da un Piano al primo piano	CONSULTORIO FAMILIARE	INTERO	Comune	PUBBLICO	COMODATO D'USO
Corso Mazzini n. 112	Cittaducale(RI)	24	260	B/4	347	PORZ.DI EDIFICIO	LOCALE	SEDE CONSULTORIO PUBBLICO	INTERO	Comune	PUBBLICO	COMODATO D'USO
Via Costa n.24	Cantalice(RI)	16	732	B/5	26	PORZ.DI EDIFICIO	LOCALE	MEDICINA LEGALE	INTERO	Comune	PUBBLICO	COMODATO D'USO
locali siti in Fiamignano, Peschiera	Fiamignano (RI)			in corso di definizione	90	PORZ.DI EDIFICIO	Composto da Piano terra e primo	CENTRO DI SALUTE MENTALE	INTERO	Comune	PUBBLICO	COMODATO D'USO
S. Agapito, Via del Sabotino, 45.	Fiamignano(RI)	60	1283	in corso di definizione	96,62 s.n.	PORZ.DI EDIFICIO	LOCALE	POSTAZIONE DI CONTINUITA' ASSOLUTA	INTERO	Comune	PUBBLICO	COMODATO D'USO




# CRONOPROGRAMMA DI SINTESI

UO Responsabili	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
AAG e Legale										
ABS										
ACESIS										
DMO										
DSM										
FORMAZIONE										
RISK MANAGEMENT										
Medico Competente										
SAPS										
SPP										
SSO										
Tecnico Patrimoniale										
Tutte UO Sanitarie e Territoriali										
URP										

# CRONOPROGRAMMA DI DETTAGLIO

Allegato n. 5

UO Resp.	Obiettivo	Scadenza	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
RISK M.	Implementazione dinamica delle procedure sulla gestione del rischio Clinico e sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali mediante costituzione di specifici gruppi di lavoro, nel rispetto del percorso indicato nella nota della Regione Lazio prot. 99218 del 23/02/2015 avente per oggetto: <i>"Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti"</i>	31/03/2015										
RISK M.	Progettazione corso ECM finalizzato alla Implementazione del percorso formativo per i facilitatori finalizzato a far acquisire tecniche di valutazione e gestione del Rischio Clinico	30/04/2015										
RISK M.	Redazione n. 2 Check List : Controllo della completezza della Cartella Clinica e Valutazione qualità Cartella Clinica	30/04/2015										
RISK M.	Trasporto prelievi e campioni ematici a garanzia della sicurezza e della tracciabilità del flusso.	30/05/2015										
SPP	Elaborazione di una Check List di rilevazione del rischio relativamente alla sicurezza lavoro con particolare riguardo alle Aree di interferenza nell'ambito penitenziario	31/05/2015										
RISK M.	Progettazione ECM per realizzare una conferenza annuale di tutte le UOC Sanitarie e Distretti finalizzata ad un confronto interattivo sugli eventi avversi più interessanti rappresentati dalle UO	30/06/2015										
RISK M.	Redazione/Revisione delle Procedure sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali	30/06/2015										



UO Resp.	Obiettivo	Scadenza	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
RISK M.	Invio prima relazione di monitoraggio del PARM 2015	30/06/2015										
DSM	Corso ECM : "Gestione del rischio per evento suicidario"	30/06/2015										
Tecnico Patr.	Redazione di procedure fuori uso e fine uso	30/06/2015										
Tecnico Patr.	Sistema preparazione farmaci antiblastici	30/06/2015										
ABS	Acquisizione e utilizzo beni strumentali e prodotti dalla fase di capitolato di gara all'utilizzatore con individuazione della matrice delle Responsabilità	30/06/2015										
RISK M.	Realizzazione di una check list finalizzata alla rilevazione del Rischio Clinico in ambito penitenziario	30/06/2015										
URP	Analisi di tutti i reclami (esterni ed interni) con analisi dei dati nel triennio e contestuale analisi delle criticità rilevate con proposta delle azioni di miglioramento.	30/06/2015										
RISK M.	Revisione della procedura aziendale n. 2/2014 Modalità operative per il prelievo ed invio del campione Istocitopatologico presso la UOC Anatomia Patologica	31/07/2015										
SSO	Redazione di procedura operativa per garantire la continuità assistenziale del paziente con particolare riferimento alla Casa della Salute	31/07/2015										
RISK M.-Med Comp.- SPP-Tecnico Patr.	Individuazione di una modalità regolamentata fra le Aree di Risk Management – Servizio di Prevenzione – Medico Competente- Medico Autorizzato e Direzione Tecnica Patrimoniale	30/09/2015										

UO Resp.	Obiettivo	Scadenza	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Tutte UO Sanitarie e Territoriali	Realizzazione di Audit relativi ad almeno un evento avverso e redazione dei Piani di Miglioramento. Realizzazione delle azioni di pertinenza previste dal piano di miglioramento in occasione di eventi sentinella.	31/10/2015										
FORMAZIONE	Organizzazione del corso formativo "Il governo del Rischio e la Funzione della Rete"	30/11/2015										
AAGG e Leg.	Attività di informazione ai cittadini sulle attività intraprese nell'Azienda anche per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure	30/11/2015										
SAPS	Monitoraggio utilizzo SUT (Scheda Unica di Terapia)	30/11/2015										
SAPS	Applicazione Check di valutazione completezza Cartella Clinica	30/11/2015										
SAPS	Scheda del Dolore e Scheda di Conley - mediante verifica a campione del 20% dei ricoveri del nelle Cartelle Cliniche nei mesi di Marzo e Settembre.	30/11/2015										
ACESIS	Controllo di un campione di 1000 Cartelle Cliniche della documentazione sanitaria in riferimento ai percorsi clinico organizzativi e/o alla appropriatezza formale del ricovero o giornate di degenza	30/11/2015										
DMO	Controllo a campione sulle cartelle cliniche ( 10 % ) richieste dagli utenti/altri dei requisiti di qualità della cartella clinica con applicazione di Check List	30/11/2015										
DMO	Monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico	30/11/2015										
DMO	Revisione della procedura di Appropriatazza della Chemioprolassi nelle attività chirurgiche	30/11/2015										

UO Resp.	Obiettivo	Scadenza	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
DMO	Applicazione procedura sistema di monitoraggio dei Microorganismi Alert con rispetto degli indicatori previsti dalla procedura Aziendale	30/11/2015										
SAPS	Monitoraggio Check List cartacea di tutte le Sale Operatorie	30/12/2015										
FORMAZIONE	Organizzazione della "Conferenza annuale 2015 sul Rischio Clinico" finalizzata ad una discussione interattiva sugli eventi avversi più interessanti rappresentati dalle singole UO	31/12/2015										
FORMAZIONE	Eventi formativi a supporto dell'implementazione degli strumenti necessari all'analisi e alla valutazione dei rischi specifici di corruzione e all'individuazione degli interventi volti a prevenirla	31/12/2015										
AAGG e Leg.	Attività di reportistica sul fenomeno dei sinistri con individuazione delle tipologie di sinistro assemblate per aree omogenee strutture di accadimento ecc..., e qualsiasi altro elemento utile per una lettura puntuale del dato comprensivo anche del trend del quinquennio 2011- 2015	31/12/2015										
AAGG e Leg.	Implementazione della appropriatezza degli oneri economici aziendali – Gestione Sinistri –	31/12/2015										
RISK M.	Implementazione e monitoraggio applicazione procedura cadute	31/12/2015										
RISK M.	Monitoraggio del Piano sulla scorta delle indicazioni Regionali	31/12/2015										
RISK M.	Invio seconda relazione di monitoraggio del PARM 2015 e conclusiva	31/12/2015										

UO Resp.	Obiettivo	Scadenza	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
URP	Analisi di tutti i reclami (esterni ed interni) con analisi dei dati nel triennio e contestuale analisi delle criticità rilevate con proposta delle azioni di miglioramento. Revisione percorsi clinici organizzativi con mappatura dei Rischi specifici e generici SUL k Tiroideo e Melanoma	31/12/2015										
ACESIS		31/12/2015										

SPP Attuazione delle azioni di pertinenza previste dai Piani di Miglioramento degli eventi sentinella  
 Rispetto dei tempi previsti dal cronoprogramma del piano di miglioramento

Tecnico Patrimoniale Attuazione delle azioni di pertinenza previste dal Piano di Miglioramento degli eventi sentinella  
 Rispetto dei tempi previsti dal cronoprogramma del piano di miglioramento

RISK M. Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella – Scheda A  
 Rispetto delle scadenze di inserimento previste dal Ministero

RISK M. Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella- Scheda B  
 Rispetto delle scadenze di inserimento previste dal Ministero



UO Resp.	Obiettivo	Scadenza	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
----------	-----------	----------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	-----------	---------	----------	----------

RISK M. Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella – Piani di Rispetto delle scadenze di inserimento previste dal Ministero Miglioramento

