

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 - 02100 - Rieti - C.F. e P.I. 00821180577  
Tel. 0746-2781-PEC:asl.rieti@pec.it - www.asl.rieti.it

**Direttore Generale: Dott.ssa Marinella D'Innocenzo**  
Decreto Presidente Regione Lazio n. T00215 del 21.11.2017  
Deliberazione n. 1/D.G. del 06/12/2017

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 184 del 27 FEB. 2020**

**STRUTTURA PROPONENTE U.O.S.D. RISK MANAGEMENT E QUALITA'**

Oggetto: Adozione Piano Annuale 2020 di Risk Management (PARM).

Estensore: D.ssa Cinzia Pitti

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

Responsabile del Procedimento: D.ssa Cinzia Pitti

Firma Cinzia Pitti

Data 13/02/2020

Il Dirigente: Dott. Maurizio Musolino

Data 13/02/2020

Firma Maurizio Musolino

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

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

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

Data \_\_\_\_\_ Dott.ssa Antonella Rossetti Firma \_\_\_\_\_

Parere del Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Petti

favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 26.02.2020

Firma Anna Petti

Parere del Direttore Sanitario f.f.

Dott.Gennaro D'Agostino

favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 25.02.2020

Firma Gennaro D'Agostino

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TENUTO CONTO che il controllo del rischio clinico, in riferimento agli eventi sentinella ed altri eventi avversi, e a qualsiasi altro fattore che impatti sulla qualità dell'assistenza, costituisce, congiuntamente alla gestione del conseguente contenzioso, un elemento di valutazione della "performance" aziendale;

VISTA la determinazione della Regione Lazio del 1 Aprile 2014, n. G04112 con la quale si approvano le "Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del Piano Annuale di Risk Management (PARM) per l'anno 2014;

VISTA la nota della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione del Rischio Clinico del 03/02/2015 prot. n. 58028 “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio anno 2014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio” con la quale venivano consolidati i risultati ottenuti nell’anno 2014 e confermate le Linee Guida già indicate nel 2014;

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

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

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

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

VISTE le azioni già poste in essere nei precedenti PARM e nella logica del miglioramento continuo in relazione ad azioni già precedentemente implementate;

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

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

## PROPONE

1. DI APPROVARE il documento "Piano Annuale di Risk Management Anno 2020", allegato alla presente deliberazione (allegato 1) formandone parte integrante e sostanziale secondo quanto indicato dalle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) emanate con determinazione n. G00164 del 11/01/2019;
2. DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

## IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto che:

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

## DELIBERA

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

Il Direttore Generale  
Dot.ssa Marinella D'Innocenzo

La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale

in data 27 FEB, 2020

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge

dal 27 FEB, 2020

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

in oggetto

per esteso

in data 27 FEB, 2020

Rieti li 27 FEB, 2020

IL FUNZIONARIO

*Rita Ferho*



**UOSD Risk Management e Qualità**  
**Responsabile**  
**Dr. Maurizio Musolino**



# ***PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2020***

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Musolino', is located in the bottom right corner of the page.

## INDICE

1. PREMESSA .....	3
1.1 Il contesto organizzativo.....	4
1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.....	5
1.3 Descrizione della posizione assicurativa .....	6
1.4 Resoconto delle attività del parm 2019 .....	7
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	14
3. OBIETTIVI.....	15
4. ATTIVITA'.....	16
5. DIFFUSIONE .....	29
6. RIFERIMENTI NORMATIVI .....	29
7. GLOSSARIO.....	30
8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....	30



# 1. PREMESSA

Il Piano dell'attività di Risk Management per l'anno 2020 offre continuità ai percorsi di gestione strategica e alla operatività delle linee di attività già precedentemente intraprese.

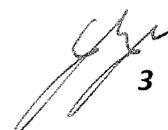
La ASL di Rieti ha implementato la sicurezza delle cure e la loro qualità consolidando una logica di sistema tesa ad integrare le diverse funzioni implicate nella gestione del rischio sanitario e delle altre tipologie di rischio, con la finalità di innalzare il grado di resilienza degli operatori e quindi dell'organizzazione, le logiche di gestione del rischio in ambito sanitario infatti stanno transitando da una visione safety-1 basata su interventi di natura prevalentemente riparativa e riduzionistica a una visione safety-2, visione fortemente centrata sulla promozione della resilienza organizzativa, ovvero sulla capacità di rispondere efficacemente alle turbolenze di processo, presenti nella realtà di tutti i giorni

La ASL Rieti continua a perseguire una politica di Gestione del rischio clinico, per altro ricompresa all'interno della più ampia politica per la qualità aziendale, che si fonda sulla visione dell'errore come un'occasione di apprendimento e di miglioramento, abbandonando il comune atteggiamento di colpevolizzazione. Ciò non significa dimenticare le responsabilità davanti agli eventi avversi, come disciplinato dalla L. 24/2017, ma spostare l'attenzione sulle cause profonde che, se analizzate ed affrontate, possono evitare il ripetersi dell'evento in futuro.

Il modello tenderà a privilegiare e a sviluppare una formazione prevalentemente sul campo, attraverso AUDIT strutturati all'interno delle singole articolazioni aziendali e la continua presenza dello staff Risk Management al fianco degli operatori.

L'analisi e il monitoraggio degli eventi avversi, dei near miss, delle disfunzioni organizzative spesso alla base di errori di sistema, la implementazione della modalità dell'AUDIT interno, la diffusione delle procedure in applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali sono elementi fondamentali per supportare processi di

La sicurezza in tutte le sue sfaccettature, è presidiata, elaborando e diffondendo procedure, raccomandazioni e buone prassi nonché azioni di monitoraggio e analisi interessando e coinvolgendo anche pazienti e cittadini, presidiando la formazione degli operatori sanitari ed in particolare dei FACILITATORI della qualità. La formazione dei facilitatori assume allora un senso fortemente concreto e attivo nel mantenimento dei necessari livelli di Qualità e sicurezza delle cure, in quanto attribuisce loro la funzione di garanti e promotori della corretta implementazione e revisione delle procedure operative. Secondo una metafora biologica costituiscono le terminazioni nervose afferenti ed efferenti all'interno del tessuto organizzativo.



3

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

Pertanto la sicurezza dei pazienti viene collocata nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità. Per realizzare ciò è necessaria l'interazione delle molteplici componenti aziendali che agiscono nel sistema e l'adozione di pratiche di governo clinico che consentano di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità anche in una ottica di gestione integrata, prevedendo il coinvolgimento del COORDINAMENTO PER LA GESTIONE INTEGRATA DEI RISCHI IN AZIENDA (CGIRA)".

Il PARM, elaborato nel rispetto delle Linee Guida regionali, rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare, la politica aziendale in materia di prevenzione dei rischi, per la sicurezza delle cure, elementi imprescindibili di un moderno sistema di gestione delle strutture sanitarie.

## 1.1 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

Tabella 1 – Dati di attività aggregati a livello aziendale

<b>DATI STRUTTURALI <sup>(1)</sup></b>			
Estensione territoriale	<b>2.749 Kmq</b>	Popolazione residente	<b>155. 503</b>
Distretti Sanitari	<b>2</b>	Presidi Ospedalieri Pubblici	<b>1</b>
Posti letto Ordinari	<b>305</b>	Area Medica	<b>146</b>
		Area Chirurgica	<b>92</b>
		SPDC	<b>12</b>
		Altro	<b>55</b>
Posti letto Diurni	<b>35</b>	Servizi TrASFUSIONALI	<b>1</b>
Blocchi Operatori	<b>1</b>	Sale Operatorie	<b>9</b>
Terapie Intensive	<b>1</b>	UTIC	<b>1</b>
<b>DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE<sup>(1)</sup></b>			
Ricoveri Ordinari *	<b>11.467</b>	Ricoveri Diurni *	<b>1.812</b>
Accessi Pronto Soccorso	<b>36.097</b>	Neonati o Parti *	<b>522</b>
Branche Specialistiche *	<b>29</b>	Prestazioni ambulatoriali * erogate da presidi pubblici	<b>1.462.318</b>
Fonte dati Atto Aziendale e UOC ACESIS / UOSD Risk Management * in attesa di consolidamento			

Tabella 2 –Dati di attività aggregati Presidio Ospedaliero

<b>DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO P.O.<sup>(2)</sup></b>			
Ricoveri Ordinari *	<b>11.467</b>	Ricoveri Diurni *	<b>1.812</b>
Accessi Pronto Soccorso	<b>36.097</b>	Neonati o Parti *	<b>522</b>
Branche Specialistiche *	<b>29</b>	Prestazioni ambulatoriali * erogate da presidi pubblici	<b>1.462.318</b>
<sup>(2)</sup> Fonte dati UOC ACESIS/ UOSD Risk Management * in attesa di consolidamento			

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

Gli eventi di seguito riportati e pervenuti tutti dal sistema di Incident Reporting strutturato in Azienda, sono in totale 151 e così percentualmente distribuiti:

N. 10 Near Miss; N. 130 Eventi Avversi derivanti da caduta di cui N. 4 Eventi Sentinella; N. 11 eventi avversi identificati come "altro".

**Tabella 3 – Eventi occorsi nel 2019 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss*	N. 10 (7 %)	Tecnologici (%) 20 % Organizzativi (%) 80 %		
Eventi Avversi*	N. 141 (93%)  di cui:	Strutturali (%) 40 % Tecnologiche (%) 30 % Organizzative (%) 27 % Professionali (%) 3 %	Strutturali 10 % Tecnologiche 30% Organizzative 20 % Professionali 40 %	Sistemi di reporting (%) 100%
	N. 130 Cadute (92 %)			
	N. 11 Altro (8 %)			
Eventi Sentinella*	N. 4 derivanti da Caduta (2 %)	Paziente (%) 60 % Tecnologiche (%) 20 % Organizzative (%) 20 %		

Fonte dati : UOSD Risk Management

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

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

ANNO	N. SINISTRI ***	RISARCIMENTI EROGATI ***
2015	14	€ 2.356.302,90
2016	4	€ 730832,36
2017	5	€ 537.035,27
2018	10	€ 627.105,02
2019	5	€ 1.872.817,81
<b>TOTALE</b>	<b>38</b>	<b>€ 6.124.093,36</b>

Fonte dati : Affari Generali e Legali

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

### 1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza e rel. Scadenza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2014	RCT/O n. ITOMM1301290 28/02/2015	AMTRUST EU.LTD	€ 2.200.500	€ 1.000.000	MARSH SpA
2015	RCT/O N. 2015RCG00087-642128	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€2.000.000	€2.000.000	MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A.
2016	RCT/O N. 2016RCG00105-645632	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 1.840.000	€2.000.000	MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A.
2017	RCT/O N. 2016RCG00105 - 645632 - 28/02/2017 (al 01/03/2017 Autoassicurazione)	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 1.840.000	€ 2.000.000	WILLIS ITALIA S.P.A. fino al 28/02/2017
2018	dal 01/03/2017 al 31/12/2018 in regime di autoassicurazione				GBSAPRI spa dal 08/03/2018 al 08/03/2019 con possibilità di rinnovo per un'altra annualità
2019	RCT/O N.2018RCG 00150- 789831 dal 01/01/2019 al 31/12/2020	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€150.000,00 S.I.R. per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSAPRI Spa rinnovata dall' 08/03/2019 all' 08/03/2020

Fonte dati : AA.GG. e Legale

## COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (GRUPPO CONSULTIVO AZIENDALE)

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

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

- Anno di istituzione: **2013** Delibera di costituzione del Gruppo Consultivo Aziendale in ambito di istruttoria dei sinistri n. 431/DG del 23/04/2013.
- Numero di casi istruiti : **86 (anni 2013/2014): Anno 2013 n. 41 – Anno 2014 n. 45**
- Numero di casi istruiti dal CAVS anno 2015: **47**
- Numero casi istruiti dal CAVS anno 2016: **37**
- Numero di casi istruiti dal CAVS anno 2017: **45**
- Numero di casi istruiti dal CAVS anno 2018: **61**
- Numero di casi istruiti dal CAVS anno 2019: **58**

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

Composizione C.A.V.S.:

con Deliberazione n. 444/D.G. del 28/05/2019 vengono individuati, in rettifica della Deliberazione n. 312/DG del 24.04.2018, i seguenti componenti facenti parte del C.A.V.S. della ASL Rieti, quale organo di natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo, che istruisce e definisce i sinistri:

1. il Dirigente Medico Legale e Direttore del Distretto Salario — Mirtense n. 2, Dr. Gennaro D'Agostino — supplente: Dr.ssa Albertina Ciferri;
2. il Dirigente U.O.S.D. Affari Generali e Legali, Dott. Roberto Longari — supplente Dott.ssa Ornella Serva;
3. il personale Dirigente avvocato del ruolo professionale della Asl Roma3, giusta atto convenzionale approvato con deliberazione n. 222 del 15.06.2017;
4. il Responsabile U.O.S.D. Risk Management, Dr.ssa Manuela Serva — supplente: Dott. Maurizio Musolino;
5. il Direttore U.O.C. Direzione Medica Sanitaria, Dr. Pasquale Carducci — supplente: Dr.ssa Rita Bonfini;
6. i Dirigenti delle altre strutture aziendali eventualmente coinvolti nel sinistro trattato;
7. il rappresentante delle Compagnie di assicurazione, nell'ambito della trattazione dei sinistri coperti da garanzia assicurativa;
8. il rappresentante della società di brokeraggio, nell'ambito della trattazione dei sinistri per i quali sia vigente il contratto di consulenza;

Fonte dati : AA.GG. e Legale

### 1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM 2019

Il Piano Annuale di Risk Management 2019 è stato redatto secondo gli indirizzi delle Linee Guida Regionali, è stato costruito tenendo conto delle linee di attività già implementate nei Piani Annuali di Risk Management che vanno dal 2014 al 2018, sviluppando ulteriori attività sulla base dei risultati e secondo la logica del miglioramento continuo. Le attività previste nel Piano Annuale Risk Management 2019 sono state tutte costantemente monitorate dalla UOSD di Staff Risk Management e Qualità, attraverso una contestuale azione di supporto all'organizzazione in funzione delle criticità via via rilevate.



7

**Tabella 5. Relazione conclusiva Parm 2019: dettaglio delle attività previste per i singoli obiettivi con definizione di obiettivo, indicatore, fasi delle attività e grado di realizzazione**

<b>Obiettivo Regionale n.1: "DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE"</b>				
<b>Obiettivo Aziendale</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Fasi Attività</b>	<b>Stato di Attuazione</b>	<b>Obiettivo Raggiunto</b>
<b>Ob. 1 - Attività a:</b> Implementazione Progettazione e realizzazione di Audit di Risk Management	Realizzazione di almeno n. 2 Audit	Progettazione AUDIT	Realizzati 7 Audit di Risk M: 18/4/19 , 28/5/19, 18/6/19, 18/6/19, 1/7/19, 15/10/19, 9/12/19	SI
		Esecuzione degli AUDIT		
<b>Ob. 1 - Attività b:</b> Progettazione e realizzazione di un Corso "La risposta organizzativa nella gestione del rischio sanitario e il ruolo del facilitatore"	Progettazione e realizzazione del corso in n. 2 edizioni	Progettazione del corso	1^ edizione 3/10/2019 2^ edizione 9/10/19	SI
		Realizzazione del corso		
<b>Ob. 1 - Attività c:</b> Partecipazione attiva da parte del Risk Management ai corsi di formazione aziendali in cui veicolare le tematiche del rischio clinico	Partecipazione in qualità di docente ai corsi aziendali che prevedono, come da programma, il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità	Partecipazione in qualità di docente ai corsi aziendali che prevedono, come da programma, il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità	Partecipazione in data: 3/10/2019, 9/10/19, 10/10/19, 25/10/19, 4/11/19, 25/11/19, 18/12/19	SI

<b>Obiettivo Regionale n. 2: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi".</b>				
<b>Obiettivo Aziendale</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Fasi Attività</b>	<b>Stato di Attuazione</b>	<b>Obiettivo Raggiunto</b>
<b>Ob. 2 – Attività a:</b> "Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione".	1. Realizzazione AUDIT semestrali da parte della UOC DAPS;	1. Realizzazione AUDIT semestrali da parte della UOC DAPS, con report finale alla UOSD Risk Management e Q. ;	Trasmesso con nota 36311 del 28/06/2019.	50% (manca audit al 31/12/19)
	2. Riorganizzazione delle attività del Case Manager da parte della UOC DAPS, entro il 30/06/2019;	2. Riorganizzazione delle attività del Case Manager da parte della UOC DAPS;	Trasmessi con nota 36311 del 28/06/2019	SI
	3. Invio dei dati rilevati dalla UOC DAPS alla UOSD Risk Management e Qualità semestralmente, sulla scorta del sistema informatizzato per il monitoraggio degli indicatori di Struttura/processo/esito legati alle lesioni da pressione, relativo al processo di assistenza in ambito ospedaliero;	3. Invio dei dati rilevati dalla UOC DAPS alla UOSD Risk Management e Q. semestralmente, sulla scorta del sistema informatizzato per il monitoraggio degli indicatori di Struttura/processo/esito legati alle lesioni da pressione, relativo al processo di assistenza in ambito ospedaliero;	Trasmessi con nota 36311 del 28/06/2019  Trasmessi con mail del 20/01/2020.	SI

	<p>4. Monitoraggi di verifica sul campo congiunti, da parte delle UOC DAPS, UOC DMO e UOSD Risk Management e Qualità , a campione per la valutazione della corretta implementazione delle Linee Guida Regionali (Documento di Indirizzo per la prevenzione e la gestione delle Lesioni da pressione, dell'Aprile 2018), entro il 31/12/2019;</p>	<p>4.Monitoraggi di verifica sul campo congiunti, da parte delle UOC DAPS, UOC DMO e UOSD Risk Management e Q. , a campione per la valutazione della corretta implementazione delle Linee Guida Regionali (Documento di Indirizzo per la prevenzione e la gestione delle Lesioni da pressione, dell'Aprile 2018), entro il 31/12/2019</p>	<p>Trasmessi in data 20/01/2020 con note n. prott.</p> <p>3497 3504 3510 3516 3648 3652 3653 3654 3656 3657 3658</p> <p>Report interventi Case Manager al 31/12/2019</p>	SI
	<p>5. Report alla UOSD Risk Management e Qualità delle attività territoriali relativamente allo strumento utilizzato in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), da parte della UOC DAPS entro il 31/12/2019;</p>	<p>5.Report alla UOSD Risk Management e Q. delle attività territoriali relativamente allo strumento utilizzato in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), da parte della UOC DAPS entro il 31/12/2019;</p>	<p>Comunicazione obiettivi di PARM inviata con nota Prot. n. 19726 del 08/04/2019</p> <p>Sollecito inviato alla UOC DAPS con nota Prot. n. 52429 del 18/09/2019</p>	NO
	<p>6. Monitoraggio dato complessivo annuale al 31/12/2019 con report e relativo feedback alle UU.OO. del Presidio Ospedaliero, alla UOC DMO, alla UOC DAPS e alla Direzione Strategica entro il 31/01/2020, da parte della UOSD Risk Management e Q.entro il 31/01/2020;</p>	<p>6.Monitoraggio dato complessivo annuale al 31/12/2019 con report e relativo feedback alle UU.OO. del Presidio Ospedaliero, alla UOC DMO, alla UOC DAPS e alla Direzione Strategica entro il 31/01/2020, da parte della UOSD Risk Management e Q.entro il 31/01/2020;</p>	<p>Pervenuta mail del 20/01/2020.</p>	SI
<p><b>Ob. 2 - Attività b:</b> Coinvolgimento delle Associazioni dei Diritti del Malato nelle attività del contenimento delle LESIONI da PRESSIONE e CADUTE</p>	<p>Realizzazione di un incontro per il feedback delle attività svolte</p>	<p>Progettazione e realizzazione di un incontro interattivo per la presentazione dei risultati anno 2019</p>	<p>Evento del 17/09/2019</p>	SI
<p><b>Ob. 2 - Attività c:</b> Attività di monitoraggio e analisi relativa a: Eventi sentinella - Segnalazioni di Incident reporting - Cadute</p>	<p>Report annuale integrato sulle segnalazioni di pertinenza della USOD Risk Management e Qualità, con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento</p>	<p>Attività di segnalazioni di Eventi sentinella - Segnalazioni di Incident reporting - Cadute</p>	<p>Prot. n. 2406 del 14/01/2020</p>	SI
<p><b>Ob. 2 - Attività d:</b> Realizzazione di un Piano di mappatura e valutazione del rischio clinico nella Casa della Salute di Magliano Sabina (Distretto n. 2)</p>	<p>Piano di di mappatura e valutazione del rischio clinico</p>	<p>Realizzazione di un Piano di mappatura e valutazione del rischio clinico nella Casa della Salute di Magliano Sabina (Distretto n. 2).</p>	<p>Prot. n. 65529 DEL 20/11/2019</p>	SI

<p><b>Ob. 2- Attività e:</b> Revisione della prima mappatura del rischio clinico della struttura Riabilitativa ex art.26 di Poggio Mirteto (Distretto n. 2) .</p>	<p>Revisione prima mappatura</p>	<p>Revisione della prima mappatura del rischio clinico della struttura Riabilitativa ex art.26 di Poggio Mirteto (Distretto n. 2) .</p>	<p>Prot. n. 57688 del 14/10/2019</p>	<p>SI</p>
<p><b>Ob. 2– Attività f :</b> Revisione della modulistica relativa alla materia del Consenso Informato</p>	<p>Validazione della modulistica relativa i Consensi prodotti, a cura della Componente Aziendale del Comitato di Valutazione dei Sinistri del CAVS Aziendale con il coinvolgimento della UOSD di Medicina Legale.</p>	<p>Validazione della modulistica relativa ai Consensi prodotti, a cura della Componente Aziendale del Comitato di Valutazione dei Sinistri del CAVS Aziendale con il coinvolgimento della UOSD di Medicina Legale.</p>	<p>Comunicazione obiettivi di PARM inviata con nota Prot. n. 19726 del 08/04/2019  Sollecito inviato alla UOSD Medicina Legale con nota Prot. n. 52429 del 18/09/2019</p>	<p>NO</p>
<p><b>Ob. 2 - Attività g:</b> Implementazione attività Sicurezza Farmaci</p>	<p>AUDIT e Report.</p>	<p>AUDIT di verifica a campione relativamente alle criticità rilevate dalla UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici, sulle risultanze degli AUDIT del 2018 e report alla UOSD Risk Management e Q.</p>	<p>Nota Prot. n. 65353 del 20/11/2019</p>	<p>SI</p>
		<p>AUDIT di controllo applicazione procedura "Istruzioni Operative Gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antitumorale" nelle more della realizzazione della Centrale UFA, da parte della UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici;</p>	<p>Trasmessi in data 20/01/2020 n. prott. 3497 3504 3510 3516 3648 3652 3653 3654 3656 3657 3658</p>	<p>SI</p>
		<p>Realizzazione Centrale UFA presso i locali della Farmacia Ospedale di Rieti, secondo la pianificazione Aziendale deliberazione DG n. 995 del 24/12/2018, e report alla UOSD Risk Management e Q.;</p>	<p>Note sollecito inviate con prot. n. 1705 del 10/01/2020 e mail del 21/01/2020 e del 29/01/2020</p>	<p>NO</p>
		<p>AUDIT di verifica a campione relativamente alle criticità rilevate dalla UOSD Risk Management e Q. sulla corretta applicazione delle procedure inerenti la sicurezza dei farmaci nel</p>	<p>Trasmessi in data</p>	<p>SI</p>

		monitoraggio già effettuato dalla medesima UOSD nel 2018.	20/01/2020 con note prott.n. 3497 3504 3510 3516 3648 3652 3653 3654 3656 3657 3658	
		Report finale alla Direzione Strategica da parte della UOSD Risk Management e Q.		SI
<b>Ob. 2 - Attività h:</b> Revisione Procedure Aziendali in applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali.	Revisione di due Procedure	Revisione di due Procedure sulla scorta delle risultanze del monitoraggio del Centro Regionale di Rischio Clinico (CRRC) redatte ante 2016.	Revisione procedure Raccomandazioni 9 (D.D.G. n. 596/2019), 13 (D.D.G. n. 597/2019). Redazione nuova procedura Lesioni da Pressione D.D.G. n. 883/2019	SI
<b>Ob. 2 - Attività i:</b> Revisione e Adozione Procedura Aziendale per la prevenzione della morte materna e Neonatale correlata al travaglio e/o parto, in recepimento delle linee di indirizzo Regionali per la implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 6 e n.16 – anno 2017	Revisione e adozione della Procedura attraverso la istituzione di un apposito gruppo di lavoro.	Redazione della nuova procedura		SI
		Validazione e Pubblicazione della Procedura	Redatta nuova procedura adottata con D.D.G. n. 595/2019	SI

<b>Obiettivo Regionale n. 3: "Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture".</b>				
<b>Obiettivo Aziendale</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Fasi Attività</b>	<b>Stato di Attuazione</b>	<b>Obiettivo Raggiunto</b>
<b>(Ob. 3) - Attività a:</b> Gestione Rischio Caduta in una prospettiva integrata e sistemica Definizione attività per la gestione dei rischi aziendali in una prospettiva integrata e sistemica.	1. AUDIT semestrali del Piano di Miglioramento relativo alla applicazione della Procedura Aziendale "Evento caduta" con particolare riferimento al modello assistenziale di riferimento assunto dal piano di riorganizzazione della assistenza infermieristica, da parte della UOC DAPS, con report alla UOSD Risk Management e Q.;	1.AUDIT semestrali del Piano di Miglioramento relativo alla applicazione della Procedura Aziendale "Evento caduta" con particolare riferimento al modello assistenziale di riferimento assunto dal piano di riorganizzazione della assistenza infermieristica, da parte della UOC DAPS, con report alla UOSD Risk Management e Q.;	1° report trasmesso con nota prot. n. 36289 del 28/06/2019  2° report trasmesso con nota prot. n. 2406 del 14/01/2020	SI

	2. Report semestrali da parte della UOC DAPS, sulla scorta della implementazione del sistema informatizzato per il monitoraggio delle cadute alla UOSD Risk Management e Q;	2.Report semestrali da parte della UOC DAPS, sulla scorta della implementazione del sistema informatizzato per il monitoraggio delle cadute alla UOSD Risk Management e Q;	Trasmessi con nota prot. n. 36311 del 28/06/2019	50% (manca report al 31/12/19)
	3. AUDIT semestrali sulla corretta implementazione della procedura nel P.O. da parte della UOSD Risk Management e Q.;	3.AUDIT semestrali sulla corretta implementazione della procedura nel P.O. da parte della UOSD Risk Management e Q.;	1° report trasmesso con nota prot. n.36289 del 28/06/2019  2° report trasmesso con nota prot. n. 2406 del 14/01/2020	SI
	4. Realizzazione di un monitoraggio globale dell'evento caduta al 31/12/2019 da fornire come feedback alle singole UU.OO., alla UOC DAPS, alla UOC DMO e alla Direzione Strategica aziendale; da parte UOSD Risk Management e Q. entro il 31/01/2020;	4.Realizzazione di un monitoraggio globale dell'evento caduta al 31/12/2019 da fornire come feedback alle singole UU.OO., alla UOC DAPS, alla UOC DMO e alla Direzione Strategica aziendale, da parte UOSD Risk Management e Q. entro il 31/01/2020	Report dei monitoraggi effettuati sul campo prot. n. 2406 del 14/01/2020	SI
	5. Definizione di una modalità procedurale per garantire una immediata istruttoria in caso di caduta di utente/visitatore presso qualsiasi sede Aziendale, con eventuale revisione/integrazione di quanto già in uso in Azienda entro il 31/12/2019;	5.Definizione di una modalità procedurale per garantire una immediata istruttoria in caso di caduta di utente/visitatore presso qualsiasi sede Aziendale, con eventuale revisione/integrazione di quanto già in uso in Azienda entro il 31/12/2019	Nota prot. n. 70876 del 13/12/2019	SI
	6. Applicazione del Piano di adeguamento Strutturale sulle criticità rilevate per rischio caduta, con previsione di tempistica di realizzazione presso il Presidio Ospedaliero di Rieti, da parte della UOC Tecnico Patrimoniale, come da proposta della UOC medesima del Dicembre 2018, entro il 31/12/2019;	6.Applicazione del Piano di adeguamento Strutturale sulle criticità rilevate per rischio caduta, con previsione di tempistica di realizzazione presso il Presidio Ospedaliero di Rieti, da parte della UOC Tecnico Patrimoniale, come da proposta della UOC medesima del Dicembre 2018, entro il 31/12/2019	Comunicazione obiettivi di PARM inviata con nota prot. n. 19726 del 08/04/2019. Sollecito inviato alla UOC TP con nota prot. n. 52429 del 18/09/2019.Note sollecito inviate con prot. n. 1705 del 10/01/2020 e mail del 21/01/2020, 29/01/2020	NO



	7. Integrazione nei DVR oggetto di revisione presso il Presidio Ospedaliero delle relative criticità del rischio Caduta per il paziente con piano di miglioramento e relative tempistiche entro il 31/12/2019;	7.Integrazione nei DVR oggetto di revisione presso il Presidio Ospedaliero delle relative criticità del rischio Caduta per il paziente con piano di miglioramento e relative tempistiche entro il 31/12/2019;	Nota prot. n. 1985 del 13/01/2020	SI
	8. Aggiornamento dei DVR relativi alle strutture extraospedaliere sulle criticità rischio caduta per il paziente e piano di miglioramento con relative tempistiche entro il 31/12/2019;	8.Aggiornamento dei DVR relativi alle strutture extraospedaliere sulle criticità rischio caduta per il paziente e piano di miglioramento con relative tempistiche entro il 31/12/2019;	Nota prot. n. 1985 del 13/01/2020	SI
	9. Monitoraggio della proposta del piano di adeguamento letti ed altre attrezzature in funzione delle criticità rilevate con pianificazione delle modalità di risanamento e relative tempistiche e da estendersi anche al territorio entro il 31/12/2019.	9.Monitoraggio della proposta del piano di adeguamento letti ed altre attrezzature in funzione delle criticità rilevate con pianificazione delle modalità di risanamento e relative tempistiche entro il 31/12/2019.	Nota prot. n. 1985 del 13/01/2020	SI

Obiettivo Regionale n. 4: "Partecipare alle attività Regionali in tema di Risk Management"				
Obiettivo Aziendale	Indicatore	Fasi Attività	Stato di Attuazione	Obiettivo Raggiunto
Ob. 4 - Attività a: Garantire la partecipazione a tutte le attività indette e Coordinate a livello Regionale	Indicatore: N. Convocazioni Regionali / N. Presenze del Risk Manager o delegato = 100%	Assicurare la partecipazione alle convocazioni da parte della Regione per problematiche inerenti il Rischio Clinico e presenza ai Tavoli di Risk Management del Centro Regionale Rischio Clinico	Convocazioni Regionali / N. 16 Presenze del Risk Manager o delegato (per 2 riunioni non c'è convocazione formale)	SI
		Recepimento delle Linee di Indirizzo Regionale in materia di Rischio Clinico	Recepimento delle Linee di Indirizzo Regionale in materia di Rischio Clinico: -Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella". (BURL N.89del 08/11/2016 suppl.n.1)	SI

			- Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti" (BURL N. 5 del 17/01/2017) - Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP) (BURL N. 37 del 08/05/2018) - "Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte Materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi" (BURL N. 87 del 31/10/2017)	
--	--	--	---	--

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

## 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità:

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

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

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato



Relativamente alla **Matrice delle Responsabilità** delle singole azioni previste dal PARM 2020, vengono indicate le **Strutture Responsabili**, le **Strutture Coinvolte** e le **Strutture Informate** di volta in volta sulle singole azioni da porre in essere.

### 3. OBIETTIVI

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

Con il PARM vengono definiti gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale al fine del miglioramento della qualità delle cure e della prevenzione degli eventi avversi.

Pertanto, nel recepire le Linee Guida regionali per la stesura del PARM ed in coerenza con la mission dell'Azienda sono stati identificati per l'anno 2020 i seguenti OBIETTIVI STRATEGICI:

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

Di seguito si individuano le diverse linee di attività in riferimento ai singoli obiettivi declinati secondo le peculiarità e le necessità dell'Azienda e in modo da dare continuità alle attività già previste e realizzate nei precedenti PARM (2014-2019).

## 4. ATTIVITÀ

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

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

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

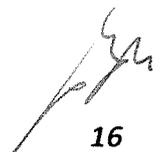
- **Attività a:** Progettazione e realizzazione di AUDIT di Risk Management come strumento di formazione sul campo.
- **Attività b:** Organizzazione di un corso per facilitatori di Rischio Clinico da svolgersi in n. 2 edizioni “La risposta organizzativa nella gestione del rischio sanitario e il ruolo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

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

Vista l'importanza della “formazione sul campo” e gli esiti degli AUDIT già realizzati negli anni passati, condotti con l'obiettivo di individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri, si è ritenuto utile concretizzare tale modalità, come modalità formativa andando a realizzare degli Audit di Risk Management sulla scorta di segnalazioni, eventi avversi, eventi sentinella e near miss di alta rilevanza organizzativa.

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

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



<b>Obiettivo 1 - Attività a: Implementazione Progettazione e realizzazione di Audit di Risk Management.</b>					
Indicatore: Realizzazione di almeno n. 2 Audit					
Standard: 100%					
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità				Scadenza: 31/12/2020	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>					
Azione	UOSD RISK Management Qualità	Tutte le UU.OO. coinvolte	UOC DMO	UOC DAPS	Direzione Sanitaria
Progettazione ed esecuzione AUDIT	R	C	I	I	I

**Obiettivo 1 - Attività b: Progettazione e realizzazione di un corso per facilitatori della qualità da svolgersi in n. 2 edizioni "La risposta organizzativa nella gestione del rischio sanitario e il ruolo del facilitatore".**

Il corso, inserito nel Piano Formativo 2020, è rivolto a tutti i Facilitatori della Qualità già formati nel corso degli anni. Il corso si pone l'obiettivo di consolidare le competenze acquisite al fine di sviluppare operativamente la "rete dei Facilitatori" all'interno delle diverse articolazioni Aziendali, con l'intento di fornire competenze interne alle singole organizzazioni, come risorse fondamentali per promuovere il processo di prevenzione e gestione del rischio sanitario.

La formazione dei facilitatori della Qualità assume allora un senso fortemente concreto e attivo nel mantenimento dei necessari livelli di Qualità e sicurezza delle cure, in quanto attribuisce loro la funzione di garanti e promotori della corretta implementazione e revisione delle procedure operative. All'interno del corso verranno illustrate le risultanze dei monitoraggi inerenti le buone pratiche assistenziali condotti dalla UOSD Risk Management e Qualità.

<b>Obiettivo 1 - Attività b: Progettazione e realizzazione di un Corso</b>			
<i>"La risposta organizzativa nella gestione del rischio sanitario e il ruolo del facilitatore"</i>			
Indicatore: Progettazione e realizzazione del corso in n. 2 edizioni			
Standard: 100%			
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità		Scadenza: 31/12/2020	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>			
Azione	UOSD RISK Management e Qualità	UOS Sviluppo Competenze e Formazione	UOSD Affari Generali e Legali
Progettazione del corso	R	C	C
Realizzazione del corso	R	C	C

**Obiettivo 1 - Attività c: Partecipazione attiva da parte del Risk Management ai corsi di formazione aziendale in cui viene coinvolto il rischio clinico.**

In continuità con quanto già previsto nel PARM 2019 anche nel corso del 2020 al fine di favorire una diffusione capillare delle attività correlate alla gestione del Risk Management viene garantita la partecipazione e il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità all'interno di corsi di Formazione Aziendali organizzati da altre strutture. Tale attività si pone come obiettivo "una diffusione costante e capillare delle attività messe in campo e delle necessità del coinvolgimento di tutti gli operatori per garantire il raggiungimento di obiettivi strategici della Direzione Aziendale" in tema di gestione del Rischio Clinico.

<b>Obiettivo 1 - Attività c: : Partecipazione attiva da parte del Risk Management ai corsi di formazione aziendale in cui viene coinvolto il rischio clinico</b>			
<b>Indicatore:</b> : Partecipazione attiva da parte del Risk Management ai corsi di formazione aziendale in cui viene coinvolto il rischio clinico			
<b>Standard:</b> 100%			
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità		<b>Scadenza:</b> 31/12/2020	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>			
<b>Azione</b>	<b>UOSD Risk Management e Qualità</b>	<b>UU.OO. Aziendali Proponenti</b>	
Partecipazione in qualità di docente ai corsi aziendali che prevedono, come da programma, il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità	<b>R</b>	<b>C</b>	

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

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** Progettazione e realizzazione di una indagine di uno studio di prevalenza puntuale sulle Lesioni da Pressione (LdP) da condurre presso Presidio Ospedaliero, nel reparto di degenza infermieristica della Casa della Salute di Magliano e nella struttura Riabilitativa Residenziale di Poggio Mirteto.
- **Attività b:** Coinvolgimento delle Associazioni dei Diritti del Malato sulle proposte di attività per il contenimento delle Lesioni da Pressione e Cadute pazienti;
- **Attività c:** Attività di analisi e monitoraggio relativa a:
  - Eventi sentinella
  - Segnalazioni di Incident Reporting
  - Cadute
- **Attività d:** Realizzazione di un Piano di mappatura del rischio clinico della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.).
- **Attività e:** Realizzazione di un Piano di mappatura del rischio clinico della Casa Circondariale di Rieti "Nuovo Complesso".
- **Attività f:** Progettazione modulistica Consenso Informato e Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)
- **Attività g:** Gestione Rischio Caduta
  - 1. AUDIT sulla corretta implementazione della procedura nel P.O. da parte della UOSD Risk Management e Q.;
- **Attività h:** Integrazione della procedura aziendale per l'implementazione della raccomandazione ministeriale n.6 - per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto e n.16 - per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi, con la prevenzione e intervento precoce in riferimento al rischio di suicidio post partum e infanticidio.

**Obiettivo 2- Attività a: Progettazione e realizzazione di uno studio di prevalenza puntuale sulle Lesioni da Pressione (LdP) da condurre presso il Presidio Ospedaliero, il reparto di Degenza Infermieristica della Casa della Salute di Magliano e la Struttura Riabilitativa Residenziale di Poggio Mirteto.**

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

L'attività che si intende sviluppare rafforza le attività di prevenzione, gestione e monitoraggio, già implementate, prevedendo la progettazione e realizzazione di uno studio di prevalenza puntuale sulle lesioni da pressione (LdP) nel Presidio Ospedaliero di Rieti, nel reparto di Degenza Infermieristica della Casa della Salute di Magliano e nella Struttura Riabilitativa Residenziale di Poggio Mirteto.

<b>Obiettivo 2- Attività a: Progettazione e realizzazione di uno studio di prevalenza puntuale sulle Lesioni da Pressione (LdP) da condurre presso il Presidio Ospedaliero, il reparto di Degenza Infermieristica della Casa della Salute di Magliano e la Struttura Riabilitativa Residenziale di Poggio Mirteto.</b>					
<b>Indicatore e scadenza:</b> progettazione e realizzazione dello studio di prevalenza puntuale					
<b>Standard:</b> 100%					
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità			<b>Scadenza:</b> 31/12/2020		
<b>Matrice delle Responsabilità</b>					
<b>Azione</b>	<b>UOSD Risk Management e Qualità</b>	<b>UOC DAPS</b>	<b>UOC DMO</b>	<b>UU.OO. coinvolte</b>	<b>Direzione Strategica</b>
Progettazione e realizzazione di uno studio di prevalenza puntuale sulle Lesioni da Pressione (LdP) da condurre presso il Presidio Ospedaliero, il reparto di Degenza Infermieristica della Casa della Salute di Magliano e la Struttura Riabilitativa Residenziale di Poggio Mirteto.	R	C	I	C	I

## **Obiettivo 2 -Attività b: Coinvolgimento informativo delle Associazioni dei Diritti del Malato**

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

<b>Obiettivo 2 - Attività b: Coinvolgimento delle Associazioni dei Diritti del Malato nelle attività del contenimento degli eventi avversi.</b>					
<b>Indicatore:</b> Realizzazione di un incontro per il feedback delle attività svolte					
<b>Standard:</b> 100%					
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità			<b>Incontro presentazione risultati</b> <b>Scadenza:</b> 31/12/2020		
<b>Matrice delle Responsabilità</b>					
<b>Azione</b>	<b>UOSD Risk Management e Qualità</b>	<b>UOC DAPS</b>	<b>UOC DMO</b>	<b>Ufficio Stampa Aziendale</b>	<b>Direzione Strategica</b>
Progettazione e realizzazione di un incontro interattivo per la presentazione dei risultati anno 2020	R	I	I	C	I

## **Obiettivo 2 - Attività c: Attività di analisi e monitoraggio relativa a:**

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

Nel corso del 2020 tali attività prevederanno:

- Analisi delle segnalazioni di Incident Reporting e organizzazione di audit per l'analisi degli eventi avversi/sentinella;
- *Attività di monitoraggio dei piani di miglioramento per eventi sentinella:* le attività previste nei piani di miglioramento relativi ad eventi sentinella auditati nel corso dell'anno, saranno monitorate per quanto relativo allo stato di attuazione e al rispetto della tempistica;
- *Attività di monitoraggio delle cadute di pazienti in ospedale:* sarà effettuato come di consueto un monitoraggio di tutte le cadute segnalate nel corso dell'anno con indicazione delle cause.

Tale monitoraggio porterà elementi utili per una mappatura puntuale delle criticità, a completamento di altri elementi di criticità che permetteranno di individuare sempre più puntualmente le aree di miglioramento.

<b>Obiettivo 2 - Attività c: Attività di monitoraggio e analisi relativa a:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventi sentinella</li> <li>- Segnalazioni di Incident Reporting</li> <li>- Cadute</li> </ul>					
<b>Indicatore:</b> Report annuale integrato sulle segnalazioni di pertinenza della USOD Risk Management e Qualità, con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento					
<b>Standard:</b> 100%					
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità				<b>Scadenza:</b> 31/01/2021	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>					
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	UOC DAPS	UOC DMO	Altre UU.OO.	Direzione Strategica
Attività di reportistica di - segnalazioni di incident reporting; - segnalazione di eventi sentinella; - segnalazione di cadute	R	I	I	I	I

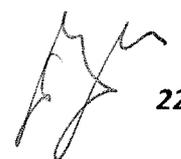
**Obiettivo 2 - Attività d - Realizzazione di un Piano di mappatura del rischio clinico della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.).**

**Obiettivo 2 - Attività e - Realizzazione di un Piano di mappatura del rischio clinico della Casa Circondariale di Rieti "Nuovo Complesso".**

Viene prevista la stesura di una prima mappatura del rischio clinico per la:

- **Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.);**
- **Casa Circondariale di Rieti "Nuovo Complesso".**

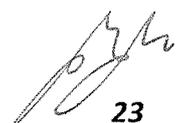
L'attività di valutazione e gestione del Rischio Sanitario prevede in prima battuta l'individuazione dei macroprocessi sanitari posti in essere all'interno della struttura attraverso un'accurata indagine conoscitiva eseguita con interviste strutturate agli operatori e la raccolta dati dai flussi informativi aziendali. Alla ricognizione delle attività svolte, segue la costruzione di una matrice a doppia entrata (2D) con le raccomandazioni del ministero in tema di sicurezza delle cure, la quale permette di individuare, nei punti di intersezione tra le linee di attività dei macroprocessi sanitari delineati e i contenuti delle raccomandazioni ministeriali, i nodi di maggior indice potenziale di rischio di evoluzione avversa dei processi di diagnosi, assistenza e cura a carico dei soggetti detenuti nella Struttura penitenziaria. La matrice, o schema a "pallottoliera" (per la forma



richiamata dal grafico), deve essere configurata in base alle specifiche caratteristiche della struttura esaminata e delle attività cliniche in essa espletate.

<b>Obiettivo 2 - Attività d:</b> Realizzazione di un Piano di mappatura del rischio clinico della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.).					
Indicatore: Piano di di mappatura e valutazione del rischio clinico					
Standard: 100%					
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità				Scadenza: 31/12/2020	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>					
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	Direttore Dipartimento di Salute Mentale e delle dipendenze patologiche	Responsabile della Struttura	Direzione Sanitaria	
Realizzazione di un Piano di mappatura del rischio clinico nella Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.).	R	C	I	I	

<b>Obiettivo 2 - Attività e:</b> Realizzazione di un Piano di mappatura del rischio clinico della Casa Circondariale di Rieti "Nuovo Complesso".					
Indicatore: Piano di di mappatura e valutazione del rischio clinico					
Standard: 100%					
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità				Scadenza: 31/12/2020	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>					
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	Responsabile UOSD Medicina Penitenziaria	Responsabile della Struttura	Direzione Sanitaria	
Realizzazione di un Piano di mappatura del rischio clinico della Casa Circondariale di Rieti "Nuovo Complesso".	R	C	I	I	



**Obiettivo 2 - Attività f: Progettazione modulistica Consenso Informato e Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)**

In ossequio alla Legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", si da avvio al processo di progettazione dei moduli di consenso informato e DAT, anche alla luce delle indicazioni prodotte dal Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC).

<b>Obiettivo 2 – Attività f: Progettazione della modulistica Consenso Informato e Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)</b>				
<b>Indicatore:</b> progettazione e validazione dei moduli di consenso informato e DAT				
<b>Standard:</b> 100%				
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità			<b>Scadenza:</b> 31/12/2020	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>				
<b>Azione</b>	<b>UOSD UOSD Risk Management e Qualità</b>	<b>Gruppo di Lavoro (GdL)</b>	<b>Direzione Sanitaria Aziendale</b>	
Istituzione del GdL composto da: -UOSD Risk Management e Qualità; -UOSD Medicina Legale; -UOSD Affari Generali e Legali -Capi Dipartimento.	R	I	I	
Coordinamento del GdL	R			
Progettazione e validazione della modulistica Consenso Informato e Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)	R	C	I	

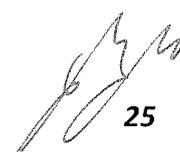
## **Obiettivo 2- Attività g: Gestione Rischio Caduta**

1. AUDIT sulla corretta implementazione della procedura aziendale per la prevenzione delle cadute nel P.O. da parte della UOSD Risk Management e Q.;

<b>Obiettivo 2 - Attività g: Gestione Rischio Caduta</b>					
Indicatore: AUDIT					
Standard: 100%					
Strutture Responsabili: UOSD Risk Management e Q.				Scadenza:31/12/2020	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>					
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	UOC DMO	UOC DAPS	Altre UU.OO.	Direzione Strategica
1. AUDIT sulla corretta implementazione della procedura aziendale per la prevenzione delle cadute nel P.O. da parte della UOSD Risk Management e Q.;	R	I	I	I	I

## **Obiettivo 2 - Attività h: Integrazione della Procedura Aziendale per la prevenzione della morte materna e Neonatale correlata al travaglio e/o parto, in recepimento delle linee di indirizzo Regionali per la implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 6 e n.16, con la prevenzione e intervento precoce in riferimento al rischio di suicidio post partum e infanticidio.**

A seguito della redazione, come prevista da PARM 2019, della procedura aziendale per l'implementazione della raccomandazione ministeriale n.6 - per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto e n.16 - per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi, si ripropone per l'anno 2020 una integrazione della procedura con la prevenzione e intervento precoce in riferimento al rischio di suicidio post partum e infanticidio, attraverso la istituzione di un apposito gruppo di lavoro che veda il coinvolgimento di più figure professionali nell'ottica di una integrazione multidisciplinare efficace al fine di poter agire sui fattori di rischio.



25

**Obiettivo 2 - Attività h:** Integrazione della procedura aziendale per l'implementazione della raccomandazione ministeriale n.6 - per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto e n.16 - per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi, con la prevenzione e intervento precoce in riferimento al rischio di suicidio post partum e infanticidio.

**Indicatore:** Revisione e adozione della Procedura

**Standard:** 100%

**Struttura Responsabile:** UOSD Risk Management e Qualità; Gruppo di Lavoro.(GdL). **Scadenza:** 30/12/2020

**Matrice delle Responsabilità**

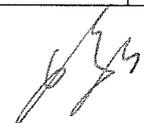
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	Gruppo di Lavoro (GdL).	Direzione Sanitaria Aziendale	
Istituzione Gruppo di Lavoro (GdL) composto da: - UOSD Risk Management e Qualità; -UOC Ostetricia e Ginecologia; -UOC Pediatria e Neonatologia; -UOC Tutela della salute materno-infantile; -Dipartimento di Salute Mentale e delle dipendenze patologiche.	R	I	I	
Coordinamento del GdL	R			
Revisione della procedura	R	C	I	
Validazione e Pubblicazione della Procedura	R	I	I	

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

**Attività a: Implementazione attività Sicurezza Farmaci:**

1. Redazione di una unica procedura quadro in applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali inerenti la sicurezza farmaci.
2. AUDIT di verifica a campione dalla UOSD Risk Management e Q. sulla corretta applicazione della procedura sopra indicata.
3. Realizzazione Centrale UFA presso i locali della Farmacia Ospedale di Rieti, secondo la pianificazione Aziendale deliberazione DG n. 995 del 24/12/2018, e report alla UOSD Risk Management e Q.
4. AUDIT di controllo applicazione procedura “Istruzione Operativa Gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antitumorale” nelle more della realizzazione della Centrale UFA, da parte della UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici.

Obiettivo 3 - Attività a: Implementazione attività Sicurezza Farmaci					
Indicatore: AUDIT e Report.					
Standard: 100%					
Strutture Responsabili: UOSD Risk Management e Q.; UOC Tecnico Patrimoniale; UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici.					Scadenza: 31/12/2020
Matrice delle Responsabilità					
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	UOSD SPP	UOC Tecnico Patrimoniale	UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici	Direzione Strategica
1.Redazione di una unica procedura quadro in applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali inerenti la sicurezza farmaci.	R			C	I
2.AUDIT di verifica a campione relativamente alle criticità rilevate dalla UOSD Risk Management e Q. sulla corretta applicazione della procedura sopra indicata.	R			I	I
3.Realizzazione Centrale UFA presso i locali della Farmacia Ospedale di Rieti, secondo la pianificazione Aziendale deliberazione DG n. 995 del 24/12/2018, e report alla UOSD Risk Management e Q.;	I		R	I	
4.AUDIT di controllo applicazione procedura “Istruzione Operativa Gestione della sicurezza di pazienti e operatori nella preparazione della terapia antitumorale” nelle more della realizzazione della Centrale UFA.	C	C		R	

 27

**Obiettivo n.4: PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT”.**

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

**Obiettivo 4 - Attività a:**

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

<b>Obiettivo 4 - Attività a: Garantire la partecipazione a tutte le attività indette e Coordinate a livello Regionale</b>				
<b>Indicatore:</b> N. Convocazioni Regionali / N. Presenze del Risk Manager o delegato = 100%				
<b>Standard:</b> SI				
<b>Struttura Responsabile:</b> UOSD Risk Management e Qualità			<b>Scadenza:</b> 31/12/2020	
<b>Matrice delle Responsabilità</b>				
<b>Azione</b>	<b>UOSD Risk Management e Qualità</b>			
1.Assicurare la partecipazione alle convocazioni da parte della Regione per problematiche inerenti il Rischio Clinico e presenza ai Tavoli di Risk Management del Centro Regionale Rischio Clinico	R			
2.Recepimento delle Linee di Indirizzo Regionale in materia di Rischio Clinico	R			

## 5. DIFFUSIONE

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

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

## 6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determinazione 1 aprile 2014, n. G04112 Approvazione del documento recante: "Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)".
- Decreto del Commissario ad Acta (DCA) N. U00017 del 16/01/2015 Piano Regionale Prevenzione 2014-2018.
- Determinazione B03509 dell'8.08.13 Oggetto: Regione Lazio - realizzazione del progetto "Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e prevenzione dei tentativi suicidari".
- Determina Regione Lazio n. G14486 del 24/11/2015.
- Determina Regione Lazio n. G 00164 del 11/01/2019.
- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 integrato con il Decreto Legislativo n. 106/2009 Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro.
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.

## 7. GLOSSARIO

Acronimo	Significato
UOC	Unità Operativa Complessa
UOS/UOSD	Unità Operativa Semplice/Semplice Dipartimentale
AA.GG e Legali	Affari Generali e Legali
ACeSIS	Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari
DMO	Direzione Medica Ospedaliera
DAPS	Dipartimento Aziendale Professioni Sanitarie – Servizio Infermieristico
RSPP	Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione
SPP	Servizio Prevenzione e Protezione
SSO	Sviluppo Strategico e Organizzativo
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico
CAVS	Comitato Aziendale Valutazione Sinistri

## 8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Save Surgery Save Live”.
2. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
3. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
4. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
5. Ministero della Salute: “Risk Management e Qualità in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione).
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza).
8. AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:  
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>.
9. Sito Web Aziendale ASL Rieti : <http://www.asl.rieti.it>.
10. Deliberazione ASL Rieti n. 160/DG del 13/03/2015 – Adozione Piano Annuale 2015 di Risk Management.

11. Deliberazione ASL Rieti n. 852/DG del 27/07/2016 – Adozione Piano Annuale 2016 di Risk Management e Qualità.
12. Deliberazione ASL Rieti n. 195/DG del 01/03/2018 – Adozione Piano Annuale 2018 di Risk Management (PARM) e Piano Annuale per le ICA.
13. Deliberazione ASL Rieti n. 88/DG del 31.01.2014 – Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014 – 2016.
14. Deliberazione ASL Rieti n. 91/DG del 31.01.2014 – Aggiornamento piano della prestazione e dei risultati 2014 – 2016;
15. Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri.
16. Deliberazione ASL Rieti n° 69/DG del 11/02/2015 Costituzione Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS).
17. Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.
18. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356  
Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".
19. Determinazione 18 ottobre 2017, n. G14075  
Approvazione del "Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte Materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi".
20. Determinazione 27 aprile 2018, n. G05584  
Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)".
21. Determinazione 25 ottobre 2018, n. G13505/2018  
Prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari
22. Determinazione n. G00164 del 11/01/2019 : Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)",