

Funzione di Staff Risk Management
Responsabile Dr.ssa Manuela Serva



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2014

Indice

1	PREMESSA	<i>pag.</i>	3
1.a	<i>Contesto Organizzativo</i>	<i>pag.</i>	5
1.b	<i>Descrizione degli eventi /sinistri nell'ultimo triennio</i>	<i>pag.</i>	9
1.c	<i>Descrizione della posizione assicurativa</i>	<i>pag.</i>	9
1.d	<i>Comitato Valutazione Sinistri</i>	<i>pag.</i>	9
2	SCOPO	<i>pag.</i>	10
3	OBIETTIVI STRATEGICI	<i>pag.</i>	11
4	STRUMENTI	<i>pag.</i>	12
5	MATRICI DELLE RESPONSABILITA'	<i>pag.</i>	14
6	AZIONI	<i>pag.</i>	15
7	DIFFUSIONE	<i>pag.</i>	18
8	INDICATORI	<i>pag.</i>	19
9	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	<i>pag.</i>	27
	<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>		

1. PREMESSA

I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che il problema degli errori ed eventi avversi in sanità rappresenta una reale emergenza che comporta dei costi sia in termini di vite umane che economici.

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”* (tratto dal 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 sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata e le criticità affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando ed integrando i vari aspetti: il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, l'elaborazione e 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* che 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;
- ✓ l'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 intende promuovere la massima condivisione dei principi e delle regole del governo clinico, attraverso anche la costruzione della rete dei professionisti implicati in tali attività.

1.a CONTESTO ORGANIZZATIVO

STRUTTURA

N. 13 Strutture (Allegato n. 4)

Fonte dati : Atto Aziendale 2011

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

n. 1 Presidio Ospedaliero in RIETI;

n. 2 Centri Clinici Assistenziali Distrettuali - Ce.Ca.D . (Distretto n. 5 Amatrice e Distretto n. 2 Magliano Sabina);

n. 5 Distretti:

- ✓ Distretto n.1 – Montepiano Reatino, con sede in Rieti,
- ✓ Distretto n.2 – Mirtense, con sede in Poggio Mirteto,
- ✓ Distretto n.3 – Salario, con sede in Osteria Nuova di Poggio Moiano,
- ✓ Distretto n.4 – Salto Cicolano, con sede in S.Elpidio di Pescorocchiano,
- ✓ Distretto n.5 – Alto Velino, con sede in Antrodoco.

L'Azienda è altresì articolata in **7 Dipartimenti** di cui **5 Ospedalieri** e **2 Territoriali** e precisamente:

Dipartimenti del Presidio Ospedaliero:

- ✓ Dipartimento di Medicina
- ✓ Dipartimento di Chirurgia
- ✓ Dipartimento di Oncologia
- ✓ Dipartimento di Scienze Diagnostiche
- ✓ Dipartimento di Emergenza e Accettazione

Dipartimenti operanti sul territorio:

- ✓ Dipartimento di Prevenzione
- ✓ Dipartimento di Salute Mentale

Le Unità Operative Complesse (**UOC**) sono **62** così ripartite:

- N. 16 Area Tecnico Amm.va
- N. 29 Ospedaliera
- N. 8 Territoriali – Distrettuali , Materno Infantile, Dipendenze e Farmacia Territoriale
- N. 4 Territoriali – Dip. Prevenzione e Veterinari
- N. 3 Territoriali – Dip. Salute Mentale

Le Unità Operative Complesse Dipartimentali (**UOSD**) sono **5** così ripartite:

- N. 4 Ospedaliera
- N. 1 Territoriale – Dip. Prevenzione

Fonte dati : Atto Aziendale 2011

RISORSE UMANE

Personale e dotazione organica

Il personale dipendente a tempo determinato e indeterminato, alla data del 1 Marzo 2014, è pari a **1.547 unità** distinto come segue:

DIRIGENZA		N.
Ruolo sanitario	Dirigenti Medici	302
	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
Totale Dirigenza		367
COMPARTO		
Ruolo amministrativo		145
Ruolo Tecnico		196
Ruolo Sanitario		832
Personale religioso		7
Totale Comparto		1180

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

ORGANIZZAZIONE

N. Posti letto Ordinario	368	di cui	Chirurgia (Area Chirurgica)	101
			Medicina (Area Medica)	200
			SPDC	12
DH/DS	45			
Riabilitazione 1 DH				
Culle	9			

Fonte dati : UOC Audit Clinico e SIS

N. Prestazioni Ambulatoriali

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

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

N. branche specialistiche: 29

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

Fonte dati : UOC Audit Clinico e SIS

N. terapie intensive e UTIC

N. 1 Terapia Intensiva - N. 1 UTIC Posti letto N. 12

N. DAI

0 (zero)

DEA

ACCESSI PRONTO SOCCORSO

ACCESSI PRONTO SOCCORSO	2011	2012	2013
Numero totale di accessi in pronto soccorso	37.608	39.721	40.229
- di cui numero codici bianchi	2.423	1.599	773
- di cui numero codici verdi	20.543	22.763	23.952
- di cui numero codici gialli	13.388	13.959	13.685
- di cui numero codici rossi	1.254	1.401	1.819

Fonte dati : Delibera 91/2014 Aggiornamento piano della prestazione e dei risultati /UOC 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. 7 sale operatorie

N. Interventi chirurgici

Attività Chirurgica	2011	2012	2013 Primi 10 mesi
Interventi in ricovero ordinario	4.150	3.928	3.356
Interventi in day surgery	1.475	1.433	1.673
Prestazioni ambulatoriali	128.960	126.528	130.328

OSTETRICIA anno 2013 N. parti 598 gravidanze a Rischio N. 171

Fonte dati : Delibera 91/2014 Aggiornamento piano della prestazione e dei risultati /UOC 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 Presidio Ospedaliero
Svolge attività ambulatoriale di:

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

Fonte dati : Relazione annuale 2013 Direttore UOC Serv. Trasfusionale

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

** 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. ITOMM1301290 31/08/2014	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	Risk Management	Direzione Medica Osp.	Medicina Legale
Ufficio Legale Autonomo	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 : **55 (anni 2013/2014)**

Anno	Numero casi istruiti
2011	0
2012	0
2013	41

Fonte dati : UOC Affari Generali / Funz. Risk Management

2. SCOPO

Il piano annuale di risk management (PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. L'Azienda, con la figura del Risk Manager e attraverso le politiche di risk 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.

I progetti operativi (parte integrante e sostanziale del PARM) hanno il fine 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 del sistema organizzativo dato 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, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema. Il ruolo di promozione attiva del risk manager assume quindi, sempre più, una caratterizzazione di indipendenza istituzionale alle dirette dipendenze della Direzione strategica aziendale. La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

Anche attraverso il PARM, il Risk Manager, fornisce quindi all'Azienda un supporto indispensabile affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa.

Inoltre, il PARM rappresentando l'esplicitazione delle politiche di analisi e 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.

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.

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 2014 i seguenti obiettivi strategici:

1. Creare e diffondere la "*cultura della sicurezza*" e la "*cultura organizzativa*" in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno.
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 verso la sicurezza dei pazienti, degli operatori e delle tecnologia/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.

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.

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 **Gruppo Consultivo Aziendale** già definito con deliberazione del DG N. 431 del 23/04/2014.
- 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 **Gruppo Consultivo Aziendale** 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) Introduzione sistematica dell' autovalutazione della completezza e correttezza della cartella clinica mediante griglia di valutazione aziendale;
- l) Attività di informazione ai cittadini e caregivers su tutte le attività intraprese nell'Azienda per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure;
- m) Creazione di una 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 le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi stabili;
- n) Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure.

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

6. AZIONI

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

1. Inserimento nel processo di Budgeting degli obiettivi declinati nel presente PARM ritenuti di interesse strategico aziendale con individuazione della funzione interessata come Responsabile e della funzione Coinvolta:

<i>UOC Responsabile</i>	<i>UOC Coinvolte</i>	<i>OBIETTIVO</i>
Formazione	Risk M. – SAPS - DMO	Formare almeno il 10% del personale sul rischio clinico. Realizzazione di una conferenza annuale con la partecipazione di almeno il 30% delle UOC Sanitarie
Formazione	AA.GG. – (Affari Generali e Legali)	Azioni formative 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
AA.GG. – (Affari Generali e Legali) – URP- SSO (Sviluppo Strateg. Organizz) – SICO (Sistema Informatico) - Dip. Prevenzione – Personale - ACESIS (Audit Clinico)		Attività di informazione ai cittadini e caregivers su tutte le attività intraprese nell'Azienda per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure <u>Indicatore AA.GG</u> – Rispetto di almeno tre indicatori del Progetto: MagellanoPA- Bussola della trasparenza <u>Indicatore altre strutture:</u> Invio flussi informativi di pertinenza
AA.GG. – (Affari Generali e Legali)		Implementazione della appropriatezza degli oneri economici aziendali – Gestione Sinistri – % di sinistri chiusi* nell'anno su sinistri aperti nell'anno *si intende la definizione dell'istruttoria sia ammv che Med Legale – Standard 20%
SAPS – (Servizio Az.le Prof. Sanit.)		Monitoraggio utilizzo SUT (Scheda Unica di terapia) nelle Cartelle Cliniche – mediante verifica a campione del 20% dei ricoveri del mese di Marzo con report criticità e predisposizione piano di miglioramento Verifica del 20% dei ricoveri del mese di Settembre e redazione del report
SAPS – (Servizio Az.le Prof. Sanit.)		Monitoraggio Check List cartacea in tutte le Sale Operatorie
SAPS – (Servizio Az.le Prof. Sanit.)		Monitoraggio utilizzo Applicazione Scheda del Dolore cartacea nelle Cartelle Cliniche – mediante verifica a campione del 20% dei ricoveri del mese di Marzo con report criticità e predisposizione piano di miglioramento Verifica del 20% dei ricoveri del mese di Settembre e redazione del report

DMO (Direz.Med.Osp)	CC-ICA SAPS	Implementazione sistema di controllo delle ICA: - Definizione di un regolamento - Definizione Piano Operativo CC-ICA - Stesura/Revisione di n. 2 procedure (Lavaggio Mani – Isolamento)
DMO (Direz.Med.Osp) Lab. Analisi Malattie Infettive	CC-ICA	Attivazione di un sistema di monitoraggio dei Microorganismi Alert
ACESIS (Audit Clinico)		Revisione percorsi clinici organizzativi con mappatura dei Rischi specifici e generici
Tutte le UOC Sanitarie	Risk M.	Realizzazione di Audit relativi ad eventi avversi significativi e redazione del 100% dei piani di miglioramento
SPPA (Serv. Prev. e Protez. Az.le)	Risk M.	Definizione modalità flusso informativo tra UOC SPPA e Risk Management sul fenomeno infortunistico Aziendale
RISK Management		Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella – Scheda A
RISK Management		Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella- Scheda B
RISK Management		Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella – Piani di Miglioramento
RISK Management		Implementazione dinamica delle procedure sulla gestione del rischio Clinico e sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali
RISK Management		Implementazione Procedura Raccomandazione Ministeriale n. 14 – Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici.

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;
3. Monitoraggio dell'applicazione della procedura aziendale sull'utilizzo della Scheda Unica di Terapia mediante verifiche a campione delle cartelle cliniche;
4. Monitoraggio dell'applicazione della scheda del dolore mediante verifica a campione delle cartelle cliniche;
5. Monitoraggio dell'applicazione della procedura aziendale sulla checklist cartacea in tutte le sale operatorie;
6. Implementazione delle attività correlate al controllo delle ICA con definizione di un piano Operativo (CC-ICA) in aderenza con le Linee Guida Regionali;

7. Implementazione di un sistema di sorveglianza attiva della circolazione dei microrganismi sentinella nella struttura sanitaria;
8. 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;
9. Monitoraggio delle Infezioni Correlate all'Assistenza mediante studi epidemiologici *ad hoc*.
10. Implementazione di percorsi clinico organizzativi;
11. Implementazione procedura Raccomandazione Ministeriale n.14 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;
12. Implementazione delle procedure sulla gestione del Rischio Clinico e sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali;
13. Implementazione procedure per incentivare i flussi informativi fra le diverse "sicurezze";
14. Revisione ed implementazione delle attività del **Gruppo Consultivo Aziendale** in ambito di istruttoria dei sinistri, in aderenza alle Linee Guida Regionali;
15. Attività di formazione specifica del personale;
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.

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;
- ✓ Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet;
- ✓ Iniziative di diffusione del PARM a tutti gli operatori.

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 assemblando le attività per settori ed aree di attività

Area Affari Generali, Legali e URP

La corretta gestione del contenzioso, passa anche attraverso la costruzione di modalità organizzative che garantiscano una più efficace gestione del contenzioso e delle forme di ristoro del danno riducendo al minimo i tempi necessari all'istruzione documentale del sinistro e promuovendo all'interno del Gruppo Consultivo Aziendale azioni per una gestione proattiva del rischio.

Implementazione della appropriatezza degli oneri economici aziendali – Gestione Sinistri

CRITERIO: Promuovere l'appropriatezza degli oneri economici aziendali
INDICATORE % di sinistri chiusi * nell'anno su sinistri aperti nell'anno
NUMERATORE Numero di sinistri chiusi nell'anno preso in considerazione
DENOMINATORE Numero di sinistri aperti nell'anno preso in considerazione
STANDARD 20%
FONTE UO di Affari Generali e/o Legali

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

La implementazione di tutte le azioni riconducibili all'attività di trasparenza (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), ha 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 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

CRITERIO: Trasparenza e diffusione delle informazioni
INDICATORE Rispetto di almeno n. 3 indicatori del Progetto MagellanoPA –Bussola della Trasparenza
NUMERATORE Numero di indicatori soddisfatti
DENOMINATORE Numero totale Indicatori
STANDARD 100% Entro il 31/12/2014
FONTE AA.GG.-

Area Formazione

Qualsiasi intervento che punti alla “modifica dei comportamenti” da parte dell’organizzazione tutta, poggia sullo sviluppo della cultura all’approccio proattivo e sistemico al rischio e si fonda sulla corretta e continua formazione del personale attraverso percorsi formativi tarati e definiti in rapporto agli obiettivi strategici da raggiungere. Alla base del percorso di miglioramento è la condivisione, la circolazione dei flussi e le decisioni partecipate.

Obiettivo Formazione

CRITERIO: Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE % di operatori sanitari che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
NUMERATORE Numero di operatori sanitari che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
DENOMINATORE Numero operatori sanitari
STANDARD 10% Entro il 31/12/2014
FONTE UOC Formazione

Implementazione Formazione Rischio Clinico con il coinvolgimento di tutta l'organizzazione

CRITERIO: Promuovere il coinvolgimento di tutte le UOC Aziendali Sanitarie
INDICATORE Realizzazione conferenza con la partecipazione di almeno il 30% delle UOC Sanitarie
NUMERATORE N. totale UOC Sanitarie
DENOMINATORE N. UOC Sanitarie partecipanti
STANDARD 30% Entro il 31/12/2014
FONTE UOC Formazione

Area 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.

Il Risk Management diventa quindi un punto focale e di riferimento del sistema, quale stimolatore all'integrazione di processi che puntano a quella gestione integrata del rischio che è l'unica via che può condurre ai cambiamenti della pratica clinica, promovendo la crescita di una "cultura della salute" più vicina al paziente ed all'operatore e che può contribuire 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 metodologie di indagini atte ad individuare azioni di miglioramento con il coinvolgimento massimo dell'operatore che rappresenta il punto focale da cui partire, e su cui ritornare, quale parte operativa di un'organizzazione da cui non si può prescindere nell'analisi congiunta e nell'individuazione condivisa dei piani di miglioramento.

La individuazione della figura del referente quale "facilitatore" di supporto alla funzione di Risk Management, punta a definire un pool di operatori con cui collaborare attivamente, per mettere in atto le iniziative di gestione della sicurezza e qualità delle cure orientata sì, alla cultura dell'apprendimento dall'errore attraverso strumenti e tecniche specifiche per la individuazione degli errori e dei "near miss", ma 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;
- contenimento delle dinamiche di gruppo nel processo di Audit.

La creazione della rete attraverso un piano organizzativo ed attuativo mira ad integrare quindi le diverse professionalità al fine di garantire un approccio sistemico al rischio.

Corretta alimentazione Flusso SIMES – Scheda A

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

Corretta alimentazione Flusso SIMES – Scheda B*

CRITERIO: Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella
INDICATORE % di Schede B inserite entro i 45 giorni dalla segnalazione
NUMERATORE Numero di Schede B inserite entro i 45 giorni
DENOMINATORE Numero di Schede B inserite
STANDARD > 95%
FONTE 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 *

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

CRITERIO: Implementazione dinamica delle procedure sulla gestione del Rischio Clinico e sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali
INDICATORE Definizione di n. 3 nuove procedure
NUMERATORE
DENOMINATORE
STANDARD 100% Entro il 31/12/2014
FONTE Risk Management

Implementazione Procedura Raccomandazione Ministeriale n. 14 – Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici

CRITERIO: Promuovere l'integrazione fra tutte le strutture implicate nel processo per implementare la sicurezza del paziente e dell'operatore
INDICATORE Definizione procedura
NUMERATORE
DENOMINATORE
STANDARD Definizione procedura entro 30/09/2014
FONTE Risk Management

Creazione della rete dei Referenti

CRITERIO: Individuazione di referenti aziendali al fine di implementare le azioni di programmazione gestione e controllo delle attività afferenti al rischio clinico secondo la logica del miglioramento continuo
INDICATORE Nome Cognome Qualifica dei referenti individuati con deliberazione
NUMERATORE
DENOMINATORE
STANDARD N. 2 per strutture sanitarie Entro il 31/12/2014
FONTE Risk Management – DMO- SAPS- Direzione distretti – Dip. Salute Mentale

Area Direzione Medica Ospedaliera

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 quella di infezione correlata all'assistenza (ICA), che tiene conto inoltre anche delle infezioni all'operatore contratte nell'esercizio delle attività di assistenza medesima. Sulla scorta di questa nuova visione, le linee guida regionali hanno delineato e tracciato i campi di attività su cui il Comitato ICA e i necessari gruppi di lavoro Aziendali dovranno pianificare tutte le azioni volte al contenimento delle ICA medesime attraverso strumenti organizzativi- tecnici – procedurali e comportamentali a cui richiamare l'intera organizzazione prevedendo altresì le relative azioni di monitoraggio e controllo delle azioni poste in essere.

Implementazione Piano Operativo CC-ICA

CRITERIO:	Promuovere corretta applicazione linee guida del Piano Regionale sulle ICA
INDICATORE	Stesura piano operativo CC-ICA
NUMERATORE	
DENOMINATORE	
STANDARD	Redazione piano entro il 31/12/2014
FONTE	Direzione Medica Ospedaliera

Implementazione sistema di controllo delle ICA

CRITERIO:	Attivazione di un sistema di monitoraggio dei Microrganismi Alert
INDICATORE	Definizione procedura
NUMERATORE	
DENOMINATORE	
STANDARD	Attivazione procedura entro il 31/12/2014
FONTE	Direzione Medica Ospedaliera

Implementazione sistema di controllo delle ICA

CRITERIO:	Implementazione di procedure di contenimento del Rischio ICA
INDICATORE	Definizione/Revisione di n. 2 procedure – Lavaggio delle mani e Isolamento
NUMERATORE	
DENOMINATORE	
STANDARD	Definizione/Revisione entro il 31/10/2014
FONTE	Direzione Medica Ospedaliera

Area Direzione Professioni Infermieristiche

La qualità della documentazione che afferisce alla cartella sanitaria, passa anche attraverso la corretta compilazione di strumenti di ausilio alla riduzione/contenimento del rischio per il paziente e del miglioramento della qualità assistenziale quali:

- la Scheda Unica di Terapia (SUT)
- La Check List di Sala Operatoria
- La scheda del dolore.

L'analisi di tali strumenti specifici effettuata anche sull'analisi della corretta compilazione degli stessi e sulla rilevazione delle difformità diventa strumento utile per impostare l'azione di miglioramento che punta all'utilizzo sistematico degli stessi e sulla corretta compilazione.

Monitoraggio utilizzo SUT – mediante verifica a campione

CRITERIO: Promuovere il corretto utilizzo della SUT
INDICATORE : Report su verifica a campione del 20% dei ricoveri del mese di marzo 2014 – Criticità e predisposizione del piano di miglioramento; Report su verifica del 20% dei ricoveri del mese di Settembre 2014.
NUMERATORE N. Cartelle complete
DENOMINATORE N. Cartelle esaminate
STANDARD 100% Entro il 30/11/2014
FONTE SAPS

Monitoraggio utilizzo Scheda del Dolore – mediante verifica a campione

CRITERIO: Promuovere il corretto utilizzo della Scheda del Dolore
INDICATORE Report su verifica a campione del 20% delle Cartelle Cliniche dei ricoveri del mese di marzo 2014 – Criticità e predisposizione del piano di miglioramento; Report su verifica del 20% delle Cartelle Cliniche dei ricoveri del mese di Settembre 2014.
NUMERATORE N. Cartelle complete
DENOMINATORE N. Cartelle esaminate
STANDARD 100% Entro il 30/11/2014
FONTE SAPS

Monitoraggio Applicazione Aziendale Check List cartacea in tutte le Sale Operatorie – mediante verifica a campione

CRITERIO: Promuovere il corretto utilizzo delle Check List
INDICATORE Percentuale di utilizzo delle Check List
NUMERATORE N. Check List complete
DENOMINATORE N. Check List esaminate
STANDARD 100% Entro il 31/12/2014
FONTE SAPS

Area Audit Clinico

La revisione 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.

Revisione dinamica percorsi clinici organizzativi con mappatura dei rischi specifici e generici di n. 2 percorsi clinici organizzativi

CRITERIO: Promuovere la revisione dei percorsi nell'ottica del miglioramento continuo.
INDICATORE Report dettagliato relativo ai percorsi Auditati
NUMERATORE
DENOMINATORE
STANDARD 100% Entro il 31/12/2014
FONTE ACESIS

Area Prevenzione e Protezione

L'analisi dei punti di criticità sulle interferenze delle diverse componenti interessate al sistema "sicurezza aziendale globale" impone la necessità di costruire una rete per definire modelli di comunicazione relativi ai flussi informativi su fenomeni di interesse comune al fine di definire quanto più possibile decisioni partecipate

Definizione modalità flusso informativo tra UOC SPPA e Risk Management sul fenomeno infortunistico Aziendale

CRITERIO: Implementare il raccordo informativo tra le strutture implicate nel processo di "Sicurezza Aziendale"
INDICATORE Definizione procedura - Rischio Operatore / Rischio Paziente
NUMERATORE
DENOMINATORE
STANDARD Definizione procedura entro il 30/09/2014
FONTE UOC SPPA – Risk Management

9. 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
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
8. 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;

Analisi delle segnalazioni Incident Reporting

Allegato n. 1

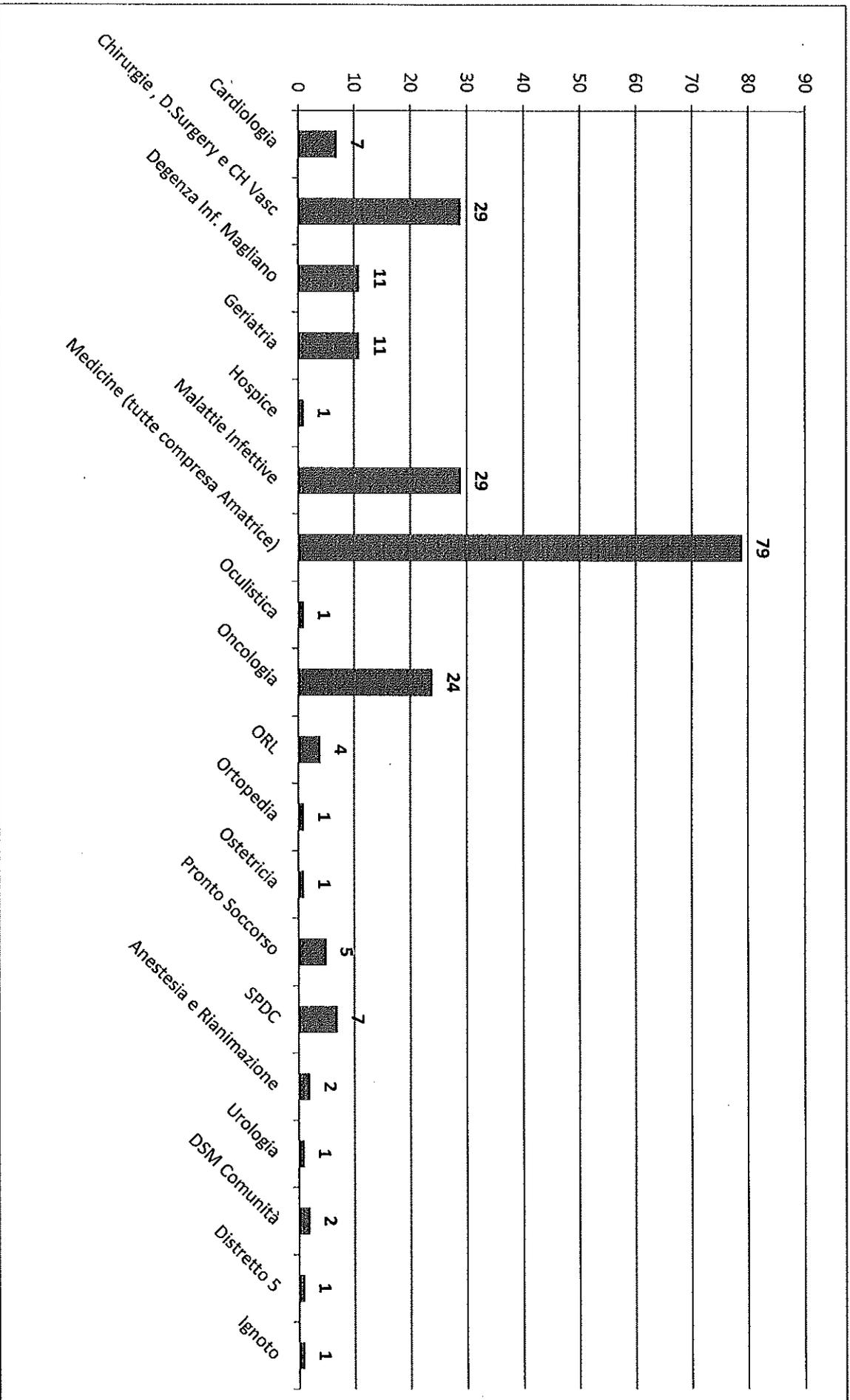
Fonte dati Funzione Risk Management

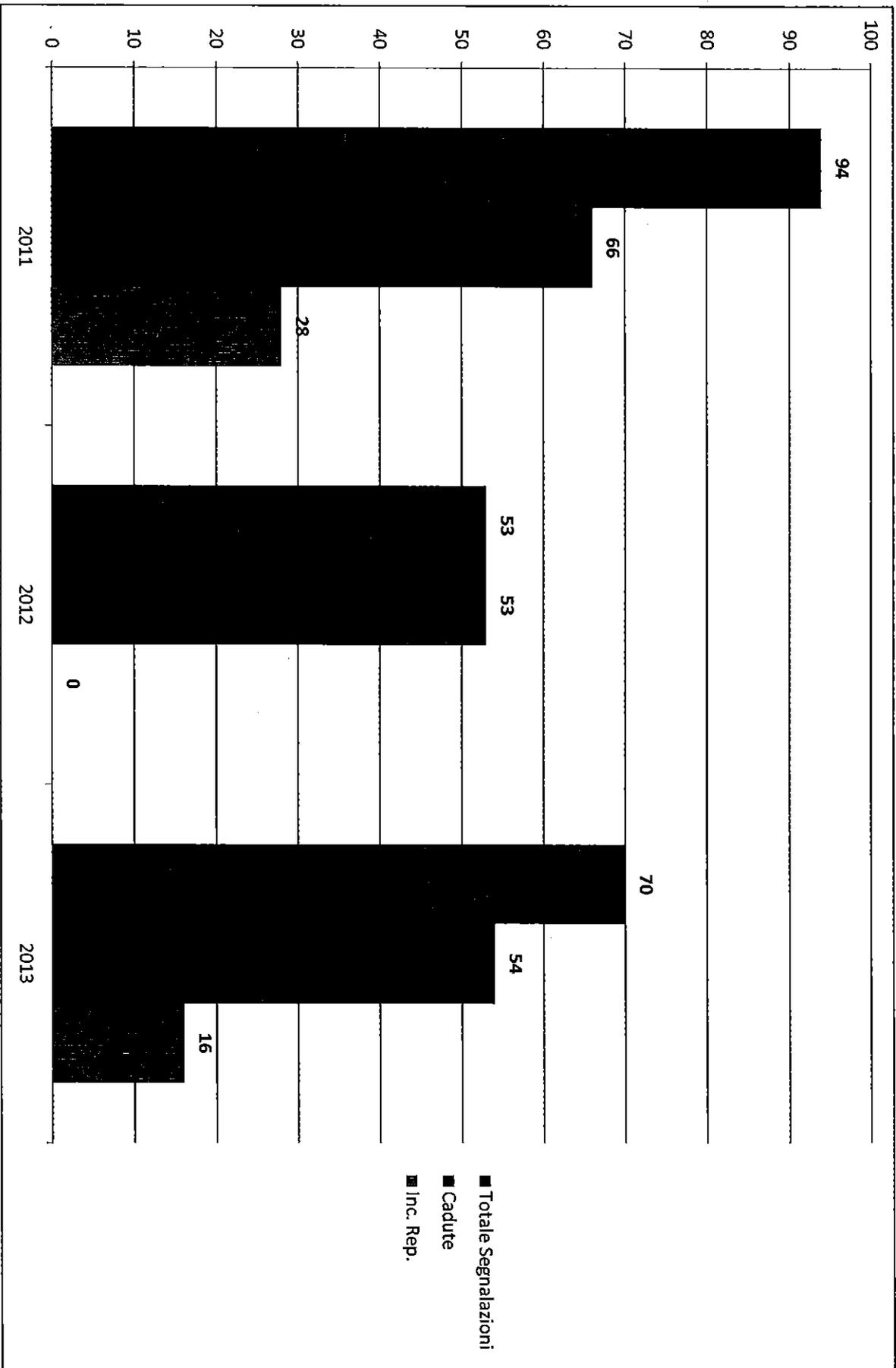
Totale Segnalazioni
Cadute
Inc. Rep.

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

Strutture	Anno 2011		Anno 2012		Anno 2013 1° sem		Anno 2013 2° sem	
	Cadute	Inc. Rep.	Cadute	Inc. Rep.	Cadute	Inc. Rep.	Cadute	Inc. Rep.
Cardiologia	7	2	3		1		1	
Chirurgie, D.Surgery e CH Vasc	29	5	4		1		6	
Degenza Inf. Magliano	11	2	5				4	
Geriatria	11	4	1				6	
Hospice	1							
Malattie Infettive	29	18	7				3	
Medicine (tutte compresa Amatrice)	79	23	24		8		20	
Oculistica	1							
Oncologia	24	3			2		1	
ORL	4		1					
Ortopedia	1							
Ostetricia	1	1						
Pronto Soccorso	5	2	3					
SPDC	7	4	3					
Anestesia e Rianimazione	2	1						
Urologia	1	1						
DSM Comunità	2		2					
Distretto 5	1							
Ignoto	1						1	

TOTALE SEGNALAZIONI 2011 - 2012 - 2013





Allegato n. 2

ANALISI DEI RECLAMI FORMALIZZATI	Anni			Totale
	2011	2012	2013	
A. QUALITÀ ORGANIZZATIVA				
A. 1 ACCESSO ALLE PRESTAZIONI				
a. Prenotazione ordinaria/ Prenotazione in urgenza	2			2
b. Disdetta prenotazione/errore di prenotazione		1		1
c. Priorità per particolari categorie	1			1
d. Tempi di attesa		4	1	5
e. Triage			1	1
f. Aspetti economici (ticket/rimborsi)	1	4		5
Totale	4	9	2	15
A. 2 FRUIZIONE DELLE PRESTAZIONI				
a. Rispetto orari, procedure interne, ispettive	5		6	11
b. Mancata erogazione/sospensione servizio/luogo di erogazione	19	4	6	29
c. Consegna referti/referti incompleti/non idoneità campione	6	4	2	12
d. Presa in carico			2	2
e. Erogazione farmaci (organizzazione ospedaliera e territoriale)				0
Totale	30	8	16	54
B. QUALITÀ AMBIENTALE				
a. Aspetti alberghieri (pasti, igiene, comfort, sicurezza)	3			3
b. Barriere architettoniche				0
c. Parcheggi/altri servizi di utilità (fontane, piazzole per sosta)	2	2		4
Totale	5	2	0	7
C. QUALITÀ TECNICA PROFESSIONALE E ASSISTENZIALE				
a. Aspetti tecnico-professionali	14	7	4	25
b. Aspetti Assistenziali/di vigilanza/di custodia	10	4	8	22
c. Aspetti Amministrativi e medico-legali	3			3
d. Aspetti tecnologici, strumentali	3			3
Totale	30	11	12	53
D. QUALITÀ DELLA COMUNICAZIONE				
a. Informazione	1	1	2	4
b. Umanizzazione e aspetti relazionali	11	4	5	20
c. Visibilità di servizi e strutture				0
d. Rispetto della privacy/controllo rispetto normative		1		1
Totale	12	6	7	25
TOTALE COMPLESSIVO	150	66	67	283

Fonte dati UOC Comunicazione e Marketing

Analisi Fenomeno Infortunistico

Dati estratti dalla Relazione Resp. UOC SPPA

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

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

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

Sesso	2013	2012	2011
Maschi	19	19	29
Femmine	45	41	61
Totale	64	60	90

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

<i>Tipo di lesione</i>	2013	2012	2011
Ustioni	2		
Trauma	3	2	4
Strappo	1		
Schiacciamento	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	5
Ferite da Punta	15	23	22
Ferita	1		
Distrazione	2	4	6
Distorsione	10	2	9
Contusione	9	7	16
Contaminazione	2	6	9
Brachialgia	1		
Barotrauma		2	2
Algia		1	1
Epitrocleide		1	
Eritema		1	
Irritazione		1	
Lesione		1	
Erosione			1
Escoriazione			2
Dito a scatto			1
Totale	64	60	90



PATRIMONIO AZIENDA USL RIETI IN PROPRIETA'

Fonte dati Atto Aziendale 2011

STRUTTURE	TITOLO DI GODIMENTO	DESTINAZIONE D'USO
RIETI Ospedale Rieti Viale Kennedy	Proprietà	Ospedale
RIETI Ex Ospedale Psichiatrico Via del Terminillo, 42	Proprietà	Sede Direzione Generale Uffici e Strutture Sanitarie (alcuni Padiglioni in ristrutturazione)
POGGIO MIRTETO Poliambulatorio (ex ospedale) Via Finocchietto	Proprietà	Poliambulatorio/ centro riabilitazione 60 pl in fase di realizzazione
MAGLIANO S. P.zza.Principessa di Piemonte 1	Con-proprietà con l'Amministrazione Comunale	Consultorio familiare
ANTRODOCO P.zza Martiri della Libertà 1	Proprietà con vincolo sulla destinazione d'uso	Poliambulatorio-Consultorio familiare (in ristrutturazione)
MAGLIANO S. Appartamento (Eredità Marini) Via Sabina	Lascito Testamentario	da ristrutturare
AMATRICE Appartamento via Roma 38	Proprietà	Utilizzato dall'Amministrazione Comunale di Amatrice
Magliano Sabina ex Ospedale M.Marini Via Filoni	Proprietà	Attività Sanitaria
AMATRICE ex Ospedale Grifoni Via Picente	Proprietà	Attività Sanitaria
RIETI Struttura sanitaria Viale Matteucci , 9	Proprietà	Poliambulatorio
RIETI Struttura sanitaria via Salaria per l'Aquila (Porta D'arce)	Proprietà	Sede Centro Igiene Mentale, Servizio per le Tossicodipendenze
PASSO CORESE via Garibaldi n.17	Proprietà con vincolo sulla destinazione d'uso	Poliambulatorio-Consultorio familiare
S.ELPIDIO di Pescorocchiano Bivio Petriignano	Proprietà con vincolo sulla destinazione d'uso	Poliambulatorio-Consultorio familiare