

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

VIA del TERMINILLO, 42 – 02100 – RIETI
TEL.0746-2781- PEC: asl@pec.it – www.asl.rieti.it

DIRETTORE GENERALE: DR.SSA LAURA FIGORILLI

(Art. 3, comma 6, del D.Lgs n.502/92 e s.m.i.)
(Decreto Regione Lazio n. T00070/2014 del 04.03.2014)
(Deliberazione n. 1/D.G. del 10.03.2014)

Deliberazione n° 168/DG del 14.02.2017

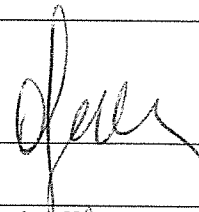
STRUTTURA PROPONENTE UOSD RISK MANAGEMENT

OGGETTO: Adozione Piano Annuale 2017 di Risk Management (PARM) e il "Piano Annuale per le ICA"

Estensore *Sig. Giovanni Filippetti*

Il Responsabile del Procedimento: *Dott.ssa Manuela Serva*

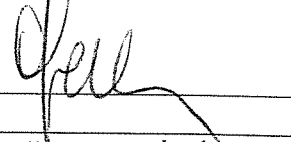
Firma



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

Data 08-02-2017 Dott.ssa Manuela Serva

Firma



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

Voce del conto economico su cui imputare la spesa: _____

Autorizzazione: _____

Data _____

Dott.ssa Barbara Proietti

Firma _____

Parere del Direttore Amministrativo

Dott. Manuel Festuccia

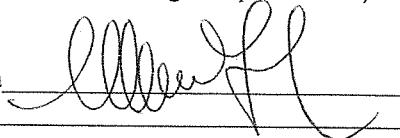
favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data

13/02/2017

Firma



Parere del Direttore Sanitario

Dott.ssa Marilina Colombo

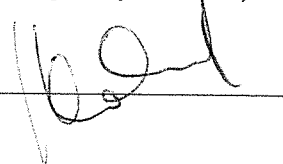
favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data

14.02.2017

Firma



IL RESPONSABILE DELLA UOSD 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, sia in riferimento agli eventi sentinella ed altri eventi avversi, alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), alle Lesioni da Pressione e a qualsiasi altro fattore che impatti nella qualità dell'assistenza, costituisce, congiuntamente al controllo del conseguente contenzioso, un elemento di valutazione della "performance" aziendale;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 "Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" con le quali:

- si approva il documento recante "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"



- si stabilisce che le Aziende ed Enti del SSR dovranno attenersi, nell'adozione del Piano Annuale del Risk Management (PARM), a quanto previsto dalle suddette Linee Guida;
- si stabilisce altresì che va elaborato e allegato al PARM 2017 e ne fa parte integrante il "Piano Annuale per le ICA" ;

TENUTO CONTO che per l'anno 2017 il termine di scadenza per l'adozione è fissato al 15/02/2017;

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

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

VISTA la nota della Regione Lazio "Elaborazione e adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016" pervenuta via PEC in data 25/07/2016 prot. n. 40003 con la quale la Regione Lazio ha indicato le nuove Linee Guida per la redazione del PARM, da inviare entro il 15/09/2016;

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

TENUTO CONTO anche del Piano Regionale della Prevenzione che detta le attività da portare a compimento nel corrente anno;

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

PRESO ATTO del Piano Annuale per le ICA, approvato dal CC-ICA nella seduta del 03/02/2017;

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 nel precedente PARM 2015 e nella logica dello sviluppo di attività già precedentemente implementate;

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

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;



PROPONE

Per quanto espresso in narrativa,

- **DI APPROVARE** il documento “Piano Annuale di Risk Management Anno 2017” con annesso il “Piano Annuale per le ICA”, allegati alla presente deliberazione formandone parte integrante e sostanziale, secondo quanto indicato dalle linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) approvate con Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328;
- **DI DISPORRE** che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art.32, comma1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

IL DIRETTORE GENERALE

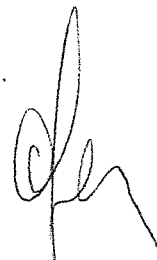
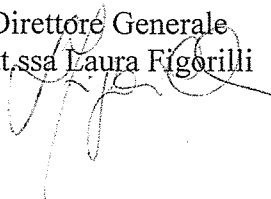
Preso atto:

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

DELIBERA

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

Il Direttore Generale
Dott.ssa Laura Figorilli



La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale

in data 15 FEB. 2017

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge

dal 15 FEB. 2017

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 15 FEB. 2017

Rieti li 15 FEB. 2017

IL FUNZIONARIO





SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 -02100 RIETI – Tel. 07462781
– PEC: asl.rieti@pec.it C.F. e P.I. 00821180577
UOSD RISK MANAGEMENT E QUALITA'
RESPONSABILE: Dr.ssa Manuela Serva
Tel. 0746279616 Fax 0746279631 – e-mail:
m.serva@asl.rieti.it



**REGIONE
LAZIO**

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2017

INDICE

1. PREMESSA	3
1.1 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO	5
1.2 DESCRIZIONE DEGLI EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO TRIENNIO	5
1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	5
1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM 2016	7
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	11
3. OBIETTIVI	11
4. ATTIVITÀ	15
5. DIFFUSIONE.....	30
6. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	31
7. GLOSSARIO	31
8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	32

1. PREMESSA

La sicurezza delle cure e la qualità delle stesse deve essere costantemente implementata affrontando le criticità secondo un approccio sistemico che integri i vari aspetti e definisca le soluzioni alle diverse variabili.

La sicurezza delle cure deve necessariamente partire anche dall'analisi e dal monitoraggio degli eventi avversi, dalla elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche sicure oltre che consolidare la formazione degli operatori sanitari prevedendo anche il coinvolgimento di pazienti e cittadini.

Di strategica importanza è l'analisi delle interferenze delle diverse sicurezze aziendali proprio per promuovere quella visione insieme globale e capillare del rischio, punto di partenza per implementare i modelli gestionali dello stesso attraverso il coinvolgimento delle diverse articolazioni aziendali che si occupano di "Rischio" ma con l'intento di coinvolgere l'intera organizzazione alla gestione dello stesso.

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

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità proprio la gestione del rischio clinico definendo le seguenti raccomandazioni:

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



La Regione Lazio, nel recente provvedimento (decreto del commissario ad acta 4 novembre 2016 n. U00328, Approvazione delle Linee Guida per l'Elaborazione del Piano Annuale di Risk Management- PARM) ha emanato le linee guida di indirizzo promuovendo, pur tenendo conto delle peculiarità e del contesto organizzativo e di rischio di ciascuna azienda, la massima condivisione dei principi del governo clinico anche attraverso l'individuazione di azioni dei diversi professionisti in una ottica di gestione integrata del rischio e del contenzioso. In questa ottica di sistema viene ricondotta l'azione attiva della gestione dei rischi dei Comitati di Valutazione dei Sinistri e dei Responsabili dei Comitati ICA ponendo così un'attenzione particolare sulla linea di attività delle infezioni correlate all'assistenza sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Le linee di attività previste nel PARM 2017 esprimono un focus di attenzione sulle azioni ritenute funzionali secondo un percorso dinamico che fonda la sua logica su analisi, risultati e monitoraggi costanti nonché indicatori di attività già avviate negli anni precedenti.

Quindi il piano 2017 è espressione oltre che delle criticità e dei suggerimenti colti nell'ottica del miglioramento continuo oltre che progetto per implementare azioni nuove ritenute qualificanti dell'attività di Risk Management nella sua globalità e nell'ottica di massimo coinvolgimento del cittadino/utente.

Con questa ottica la finalità della "Gestione del Rischio" è funzione e parte integrante di quel processo di identificazione degli aspetti strategici del "Sistema Azienda" entrando e condizionando gli obiettivi assegnati alla dirigenza nel processo di negoziazione del budget, avendo quindi una ricaduta sui processi organizzativi e di conseguenza sull'allocazione delle risorse, dell'offerta formativa e della gestione del contenzioso.

Con tale premessa, la gestione della sicurezza nella sua globalità in una organizzazione sanitaria è sicuramente un imperativo etico al fine di garantire al massimo la sicurezza delle cure offerte ma ha una sicura ricaduta in termini economici, in costi assicurativi, umani e di immagine condizionando anche il benessere organizzativo nella sua accezione più vasta.



1.1 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

Tabella 1 – Dati di attività aggregati a livello aziendale

DATI STRUTTURALI ⁽¹⁾			
Estensione territoriale	2.749 Kmq	Popolazione residente	158.467
Distretti Sanitari	2	Presidi Ospedalieri Pubblici	1
Posti letto Ordinari	339 Ordinari	Medicina	220
	9 NIDO	Chirurgia	107
	10 OBI	SPDC	12
Posti letto Diurni	37	Servizi Trasfusionali	1
Blocchi Operatori	1	Sale Operatorie	9
Terapie Intensive	1	UTIC	1
DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE ⁽¹⁾			
Ricoveri Ordinari	12.830	Ricoveri Diurni	2.789
Accessi Pronto Soccorso	39.403	Neonati o Parti	517
Branche Specialistiche	28	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	142.685

(1) Fonte dati Atto Aziendale e UOC ACESIS aggiornati al 31/12/2016

Tabella 2 – Dati di attività aggregati Presidio Ospedaliero

DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO P.O. ⁽²⁾			
Ricoveri Ordinari	12.830	Ricoveri Diurni	2.789
Accessi Pronto Soccorso	39.403	Neonati o Parti	517
Branche Specialistiche	28	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	142.685

(2) Fonte dati UOC ACESIS aggiornati al 31/12/2016

1.2 DESCRIZIONE DEGLI EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO TRIENNIO

Anno	N. Eventi Avversi	N. Eventi Sentinella	N. Sinistri **
2013	73	2	59
2014	143	5	50
2015	163	5	58
2016	200	2	50

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

Fonte dati : AA.GG. e Legale / Risk Management

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza e rel. Scadenza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2013	RCT/O n. ITOMM1000051 31/08/2014	AMTRUST EU.LTD	€ 2.200.500	€ 1.000.000	MARSH SpA
2014	RCT/O n. ITOMM1301290 28/02/2015	AMTRUST EU.LTD	€ 2.200.500	€ 1.000.000	MARSH SpA
2015	RCT/O N. 2015RCG00087-642128	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€2.000.000	€2.000.000	MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A.
2016	RCT/O N. 2016RCG00105-645632	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 1.840.000	€2.000.000	MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A.

Fonte dati : AA.GG. e Legale



COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI (GRUPPO CONSULTIVO AZIENDALE)

Composizione:Dirigenti delle seguenti UOC/Strutture:

- UOSD Affari Generali e Legali.
- UOSD Risk Manager.
- UOC Direzione Medica Ospedaliera.
- Medicina Legale.
- Avvocatura Azienda Ospedaliera San Camillo.
- Funzionario UOSD Affari Generali e Legali, con funzioni di Segreteria.
- Altri Dirigenti di UOC a seconda dei casi di competenza.

Anno di istituzione: 2013 (Delibera n. 341/DG del 23.04.2013:"Costituzione del Gruppo Consultivo Aziendale in ambito di istruttoria dei sinistri".

Con delibera n. 69/DG dell'11.02.2015 è stato istituito il Comitato Aziendale di Valutazione dei Sinistri (CAVS), che sostituisce e assorbe le funzioni proprie del disciolto Gruppo Consultivo Aziendale in ambito di istruttoria dei sinistri.

I componenti del CAVS sono i seguenti:

- Dirigente UOSD Affari Generali e Legali.
- Responsabile della UOSD Risk Management e Qualità.
- UOC Direzione Medica Ospedaliera.
- Responsabile della Assistenza Territoriale presso il Distretto Salario Mirtense (Specialista in Medicina Legale);
- Dirigenti Avvocati dell' Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini".
- Rappresentante del Broker Aziendale Marsh SpA;
- Rappresentante della Compagnia di Assicurazione.

N. Casi Istruiti:

- 2013: n. 41 casi;
- 2014: n. 45 casi;
- 2015: n. 47 casi;
- 2016: n. 29 casi.



1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM 2016

Il Piano Annuale di Risk Management 2016 è stato redatto secondo gli indirizzi delle Linee Guida Regionali, è stato costruito tenendo conto delle linee di attività già implementate nei Piani Annuale di Risk Management 2014 e 2015, sviluppando ulteriori attività sulla base dei risultati e secondo la logica del miglioramento continuo. Le attività previste nel Piano Annuale Risk Management 2016 sono state tutte costantemente monitorate dalla UOSD di Staff Risk Management e Qualità, attraverso una contestuale azione di supporto all'organizzazione in funzione delle criticità via via rilevate. In sintesi si può affermare che sono state raggiunte tutte le attività previste nel PARM con soddisfazione degli indicatori.

Di seguito si riportano in tabella 3 la descrizione delle Attività relative agli obiettivi previsti nel PARM 2016, con indicatore, scadenze e soddisfazione dell'indicatore.

Tabella 3. Relazione conclusiva Parm 2016: dettaglio delle attività previste per i singoli obiettivi con definizione di obiettivo, indicatore, fasi delle attività e grado di realizzazione

Attività	Obiettivo Aziendale	Indicatore	Fasi Attività	Obiettivo Raggiunto*
Obiettivo Regionale n.1: "DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE"				
Attività A	Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Il SWR come strumento di analisi e di gestione del rischio clinico"	Realizzazione di almeno n. 1SWR	Progettazione del corso	100%
			Accreditamento ed organizzazione	
			Esecuzione del corso	
Attività B	Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Compilazione e valutazione della cartella clinica: requisiti di qualità e profili di responsabilità"	Realizzazione di almeno n. 2 eventi formativi con coinvolgimento di almeno il 70% del personale individuato	Progettazione del corso	100%
			Organizzazione del corso	Partecipazione e = 90% del personale individuato
			Esecuzione del corso	
Attività C	Progettazione ed organizzazione della "Conferenza annuale 2016 sul Rischio Clinico"	Realizzazione della Conferenza assicurando la partecipazione di almeno il 50% delle UO Sanitarie	Progettazione della Conferenza	100%
			Organizzazione della Conferenza	
			Esecuzione della Conferenza	Partecipazione e = 79% delle UU.OO Sanitarie
Attività D	Partecipazione attiva da parte del Risk Management ai corsi di formazione aziendale in cui veicolare le tematiche inerenti il rischio clinico.	Partecipazione agli eventi formativi da parte del Risk Management come Docente	Partecipazione in qualità di docente a tutti i corsi di formazione aziendali, che prevedevano la presenza della UOSD Risk Management e Qualità. Dettaglio dei corsi: - n. 3 edizioni del corso di formazione: "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione" organizzato dalla UOC DAPS - n. 1 edizione del corso di formazione: "Appropriatezza Diagnostica e terapeutica dell'insufficienza respiratoria: dal territorio all'area ospedaliera" organizzato dalla UOC Pneumologia - n. 1 edizione del corso di formazione: "Gestione del rischio di infezione da Mycobacterium Tuberculosis" organizzato dal Medico Competente - n. 1 edizione del corso di formazione: "Gestione aziendale della malpractice sanitaria: dalla richiesta risarcitoria all'autorità giudiziaria" organizzato dalla UOSD AG.GG. e Legali.	100%



Obiettivo Regionale n. 2: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi*.				
Attività	Obiettivo Aziendale	Indicatore	Fasi Attività	Obiettivo Raggiunto *
Attività A	Redazione di un "Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione", Implementazione e monitoraggio delle azioni individuate per l'anno 2016.	Monitoraggio e realizzazioni delle azioni contenute nel progetto come definito nel cronoprogramma	Realizzazione Studio di prevalenza delle lesioni da pressione	100%
			Nomina di un Case manager aziendale per la gestione ed il controllo delle LDP	
			Progettazione e realizzazione di almeno 2 corsi di formazione ECM sulle LdP	
			Accreditamento corsi di formazione sulle LdP	
			Revisione della documentazione aziendale per la prevenzione e cura delle "lesioni da Pressione"	
			Ricognizione e valutazione dei presidi "antidecubito" presenti in azienda	
			Elaborazione reportistica sui consumi, relativi agli ultimi 2 anni, di medicazioni avanzate	
			Elaborazione reportistica sui sinistri denunciati ed i risarcimenti riconosciuti ai paziente con LdP	
			Valutazione multidisciplinare del problema all'interno del Coordinamento aziendale per la gestione dei rischi in (CGRA)	
Attività B	Attività di coordinamento del Piano Attuativo Aziendale Progetto 7.3 Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici (Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018) e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati ai Dirigenti dei centri di attività	Soddisfazione degli adempimenti contenuti nel Piano Attuativo Aziendale sulla scorta delle indicazioni regionali	Inserimento di obiettivi inerenti la prevenzione, controllo e gestione delle ICA nell'assegnazione degli obiettivi di budget ai Dirigenti dei centri di attività	100%
			Inserimento di obiettivi inerenti il monitoraggio dell'uso di antibiotici nell'assegnazione degli obiettivi di budget ai Dirigenti dei centri di attività	100%
			Compilazione dei questionari inviati dal Referente Regionale in collaborazione con i referenti delle strutture e dei servizi dell'Azienda di competenza rispettando le scadenze indicate dalla Regione	100%
			Controllo e trasmissione dei questionari alla Regione Lazio	100%
			Promozione della partecipazione degli operatori individuati alle attività di informazione / formazione regionale / nazionale degli operatori sull'uso di antibiotici e mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA a seguito di indicazioni Reg.li	100%
			Definizione gruppo operativo aziendale per l'uso responsabile degli antibiotici	100%
			Identificazione del medico referente esperto in antibioticoterapia	100%
			Report -rispetto degli obiettivi di budget relativi al P.A.A. assegnati alle UU.OO Chirurgiche, Mediche e Servizi (fonte schede di Budget 2016 negoziate)	100%

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".				
	Obiettivo Aziendale	Indicatore	Fasi Attività	Obiettivo Raggiunto*
Attività C	Implementazione Sistema di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza	Report sulle attività effettuate con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	Approvazione procedura Aziendale sulla corretta sorveglianza delle infezioni sito chirurgico.	100%
			Approvazione procedura Aziendale sull'antibiotico profilassi	100%
			Azioni previste nel Piano Attuativo Aziendale del "Progetto 7.3 Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici": Studio di prevalenza infezioni da multi resistenti nei pazienti ricoverati in area medica, chirurgica e critica	100%
			Vigilanza e monitoraggio della corretta segnalazione dei Germi Alert da parte delle UU.OO	100%
			Garanzia del corretto flusso di notifica delle CPE, come da circolare Ministeriale del 26-02-2013) di competenza della DMO	100%
			Garanzia del corretto flusso di notifica delle CPE, come da circolare Ministeriale del 26-02-2013) di competenza del Laboratorio Analisi	
			Monitoraggio andamento della sorveglianza dei microrganismi alert	100%
			Monitoraggio consumo quali-quantitativo degli antibiotici e della loro appropriatezza correlandola con l'andamento della sorveglianza dei microrganismi alert e relativi costi	100%
			Redazione del piano annuale per le ICA come da indicazioni Regionali (CC-ICA)	100%
			Invio alla Regione delle schede di notifica delle Batteriemie CPE	100%
Attività D	Attività di monitoraggio e analisi relative a: <i>Eventi sentinella</i> <i>Segnalazioni di Incident reporting</i> <i>Cadute</i> <i>Sinistri Aziendali</i> <i>Reclami</i> <i>Infortuni</i>	Report annuale integrato sulle segnalazioni con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	Attività di reportistica di: segnalazioni di Incident Reporting segnalazioni di eventi sentinella segnalazioni di cadute con analisi delle criticità presenti ed elaborazioni di Piani di Miglioramento	100%
			Attività di reportistica sul fenomeno dei sinistri con individuazione delle tipologie di sinistro assemblate per cause di sinistro, strutture di accadimento ecc..., e qualsiasi altro elemento utile per una lettura puntuale del dato.	100%
			Attività di reportistica di tutti i reclami (esterni ed interni) con analisi dei dati nel triennio e delle criticità rilevate con proposta delle azioni di miglioramento.	100%
			Attività di reportistica di tutti gli infortuni (esterni ed interni), con analisi delle criticità rilevate e proposta delle azioni di miglioramento per la riduzione degli stessi.	100%



Obiettivo Regionale n. 3: "Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture".				
	Obiettivo Aziendale	Indicatore	Fasi Attività	Obiettivo Raggiunto*
Attività A	Definizione attività per la gestione dei rischi aziendali in una prospettiva integrata e sistemica	Organizzazione e realizzazione di due incontri nel corso del 2016 per definire e monitorare le attività per la gestione dei rischi aziendali; Predisposizione di una relazione conclusiva da presentare alla Direzione Strategica con indicazioni sugli elementi di maggior criticità e le priorità di intervento	Organizzazione di almeno due incontri nel corso del 2016 per definire e monitorare le attività per la gestione dei rischi aziendali	100%
			Approfondita valutazione dei rischi relativi a: Ambiente di lavoro, Salute e sicurezza dei lavoratori, Attrezzature e presidi, Sicurezza paziente per la prevenzione e la gestione delle cadute nelle UU.OO a maggior rischio.	100%
			Redazione di un documento condiviso sulla prevenzione e gestione della Legionella nelle strutture della ASL di Rieti	100%
			Predisposizione di una relazione conclusiva da presentare alla Direzione Strategica con indicazioni sugli elementi di maggior criticità e di priorità di intervento.	100%
			Report alla Direzione Generale	100%
Obiettivo Regionale n.4: Partecipare alle attività Regionali in tema di Risk Management".				
	Obiettivo Aziendale	Indicatore	Fasi Attività	Obiettivo Raggiunto*
Attività A	Progetto "Gestione Rischio Clinico nel Penitenziario" (Delibera ASL RMB n. 228 del 15/6/2015 "Protocollo di intesa tra le direzioni generali delle Aziende Asl Roma A, Roma B, Roma F, Roma H, Frosinone, Latina, Rieti in materia di assistenza alle popolazione detenute nel territorio regionale del Lazio e nello specifico sviluppo del progetto di implementazione del sistema di gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari del Lazio")	Presentazione dei dati al Tavolo di Coordinamento per condivisione, sviluppo, azioni successive (eventuale workshop regionale, modalità di raccordo con altri tavoli regionali attivati sulle tematiche specifiche, ecc..);	Acquisizione di tutte le schede di rilevazione	100%
			Elaborazione dati in collaborazione con l'istituto di Igiene ed Epidemiologia dell'Università di Roma Tor Vergata	100%
			Valutazione congiunta dei dati ed elaborazione di un report	100%
			Trasmissione risultanze dati alle Aziende coinvolte	100%
			Presentazione dei dati al Tavolo di Coordinamento per condivisione azioni successive	
Attività B	Coordinamento del Gruppo di Lavoro Regionale Consenso Informato / Cartella clinica (Determina Regione Lazio n. G14486 del 24/11/2015).	Proposta di un documento di indirizzo regionale sul "Consenso Informato / Cartella clinica"	Coordinamento Gruppo di Lavoro sulla scorta delle indicazioni regionali	100%
			Realizzazione del Documento di indirizzo da proporre alla Regione	100%
% DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI PARM				100%
PROGETTO QUALIFICANTE: "La Cartella Clinica Umanizzata"				
Presentazione ufficiale del progetto "La Cartella Clinica Umanizzata" da parte della Dott.ssa R. Panzieri in data 20.12.2016 durante la "Conferenza Annuale sul Rischio Clinico".				

* 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 nel PARM 2016, vengono indicate le **Strutture Responsabili** e le **Strutture Coinvolte** di volta in volta sulle singole azioni da porre in essere.

3. OBIETTIVI

Con l'emanazione del Decreto del Commissario ad Acta del 4 Novembre del 2016 n. U00328- Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" pubblicato in Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 91- Supplemento n.1 del 15/11/2016, sono stati identificati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività aziendali da implementare nel corso dell'anno per l'elaborazione del PARM 2017.

Le aziende inoltre devono elaborare ed adottare il suddetto Piano entro il 15 Febbraio del 2017.

Gli obiettivi identificati per il 2017 sono i seguenti:

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



Di seguito si individuano 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 (2014-2016).

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 corsi di formazione “*Il SWR come strumento di analisi e di gestione del rischio clinico*”.
- **Attività b:** Progettazione e realizzazione del corso di formazione “*valutazione della qualità e completezza della "cartella clinica": Audit sullo stato dell'arte*”.
- **Attività c:** Progettazione e realizzazione del corso di formazione “*Cartella Clinica Consenso informato e Privacy*”.
- **Attività d:** Progettazione ed organizzazione della “*Conferenza annuale 2017 sul Rischio Clinico*”.
- **Attività e:** Organizzazione del corso di formazione sul progetto aziendale “*la Cartella Clinica Umanizzata*”.
- **Attività f:** Partecipazione attiva da parte del Risk Management ai corsi di formazione aziendale in cui veicolare le tematiche inerenti il rischio clinico.



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

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** Audit sull' implementazione e monitoraggio delle azioni individuate per l'anno 2016-2017 nel "Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione".
- **Attività b:** Audit sull'Implementazione del piano annuale CC-ICA.
- **Attività c:** Umanizzazione delle cure: Progetto Aziendale "La Cartella Clinica Umanizzata"
- **Attività d:** Attività di analisi e monitoraggio relativa a:
 - Eventi sentinella
 - Segnalazioni di Incident Reporting
 - Cadute

Presentazione durante la conferenza annuale dei dati relativi a:

- Sinistri aziendali
- Reclami
- Infortuni
- **Attività e:** Audit per il monitoraggio della gestione dei farmaci in sicurezza
- **Attività f:** Avvio del percorso per la Certificazione Eusoma della Breast Unit

Obiettivo n. 3: "Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture"

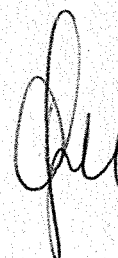
Per questo obiettivo è stata prevista la seguente attività:

- **Attività a:** Implementazione del Piano di attività per la gestione dei rischi aziendali in una prospettiva integrata e sistemica

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

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** Progetto “Gestione Rischio Clinico nel Penitenziario” (Delibera ASL RMB n. 228 del 15/6/2015 “Protocollo di intesa tra le direzioni generale delle Aziende Asl Roma A, Roma B, Roma F, Roma H, Frosinone, Latina, Viterbo e Rieti in materia di assistenza alle popolazione detenute nel territorio regionale del Lazio e nello specifico sviluppo del progetto di implementazione del sistema di gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari del Lazio”)



4. ATTIVITÀ

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

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

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

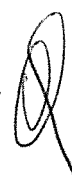
Ob. 1 - Attività a: Progettazione e realizzazione del corso di formazione “Il SWR come strumento di analisi e di gestione del rischio clinico”

Nel 2016 è stato realizzato un corso di formazione avanzato, utilizzando al tecnica della “formazione sul campo” sul SWR nelle Unità Operative di Afferenti al Dipartimento medico, per formare il personale al corretto utilizzo dello strumento e nel contempo per identificare i problemi relativi al rischio clinico.

Vista l'esperienza positiva del 2016 si è deciso di inserire nel PARM 2017 due corsi “formazione sul campo” sul SWR focalizzando l'area di interesse nelle UU.OO con maggiori criticità relative alle Infezioni Correlate all'assistenza, alle Lesioni da Pressione e alle Cadute del Paziente.

I suddetti corsi di formazione sono già stati inseriti nel piano formativo annuale del 2017 e saranno accreditati ECM.

<u>Ob. 1 - Attività a:</u> Progettazione e realizzazione del corso di formazione “ <u>Il SWR come strumento di analisi e di gestione del rischio clinico: focus sulle ICA, Lesioni da Pressione e Cadute del Paziente</u> ”		
Indicatore: Realizzazione di almeno n. 2 SWR		
Standard: 100%		
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità		Scadenza: 30/12/2017
Matrice delle Responsabilità		
Azione	UOSD RISK Management e Qualità	UOS Svil. Comp. Formazione
Progettazione dei Corsi	R	
Accreditamento ed organizzazione dei corsi	C	R
Esecuzione dei corsi di formazione	R	C



Ob. 1 - Attività b: Valutazione della qualità e completezza della "cartella clinica": Audit sullo stato dell'arte".

Il corso si inserisce nell'ambito di un programma di formazione continua agli operatori, già intrapreso nel 2016, sulla corretta gestione della documentazione sanitaria relativa ai requisiti di qualità e di completezza.

La giornata formativa è finalizzata a fornire un feed back ai professionisti coinvolti, sui dati emersi dall'attività annuale di valutazione e controllo dei requisiti di qualità e completezza della documentazione sanitaria e quindi, della verifica dei piani di miglioramento condivisi con gli operatori durante gli audit di controllo effettuati nel corso del 2016.

Il corso di formazione è già stato inserito nel piano formativo annuale del 2017.

<u>Ob. 1 - Attività n. b:</u> Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Valutazione della qualità e completezza della "cartella clinica": Audit sullo stato dell'arte".		
Indicatore: Realizzazione di almeno n. 1 evento formativi con coinvolgimento di almeno il 50% delle strutture individuate.		
Standard: 100%		
Struttura Responsabile UOSD Risk Management e Qualità		Scadenza: 31/12/2017
Matrice delle Responsabilità		
Azione	UOSD RISK Management e Qualità	UOS Svil. Comp. Formazione
Progettazione del Corso	R	
Organizzazione del corso	C	R
Realizzazione del corso di formazione	R	C

Ob. 1 - Attività c: Progettazione ed organizzazione dei un corso di formazione su corretta gestione di Cartella Clinica , Consenso Informato e privacy"

Il corso di formazione ha come obiettivo di sottolineare l'importanza:

- della corretta tenuta della documentazione sanitaria
- della corretta acquisizione del consenso informato;
- del concetto di Privacy in ambito sanitario, inteso come quadro normativo di riferimento, soggetti coinvolti, consenso e informativa dell'interessato, modalità di trattamento dei dati e relative misure di sicurezza.
- Fornire indicazioni per la corretta elaborazione della documentazione aziendale.

Inoltre nel corso dell'evento verranno fornite indicazioni sarà finalizzato alla definizione di gruppi di lavoro per l'elaborazione di documenti aziendali uniformi e condivisi.



Ob. 1 - Attività c: Progettazione ed organizzazione dei un corso di formazione su corretta gestione di Cartella Clinica , Consenso Informato e privacy".			
Indicatore: Realizzazione corso di formazione con partecipazione di almeno il 70% del personale individuato			
Standard: 100%			
Struttura Responsabile: UOSD Medicina Legale		Scadenza: 31/12/2017	
Matrice delle Responsabilità			
Azione	UOSD RISK Management e Qualità	UOS Svil. Comp. Formazione	CVS
Progettazione del Corso di formazione	C	C	R
Organizzazione del Corso di formazione	C	R	C
Realizzazione del Corso di formazione	C	C	R

Ob. 1 - Attività d: Progettazione ed organizzazione della "CONFERENZA ANNUALE 2017 SUL RISCHIO CLINICO".

La conferenza annuale sul rischio clinico è la giornata dedicata all'informazione e al confronto sulle attività poste in essere in Azienda in riferimento ai vari aspetti che impattano sulla sicurezza sistemica all'interno dell'Azienda. In continuità con le precedenti edizioni, si vogliono far conoscere le buone pratiche implementate e gli obiettivi raggiunti durante l'anno a tutti gli operatori.

Durante la giornata tutte le funzioni aziendali che a vario titolo si occupano di sicurezza e gestione del rischio intervengono presentando i loro dati di attività e le azioni di miglioramento poste in essere per migliorare la sicurezza di pazienti, operatori ed azienda.

Obiettivi della giornata sono:

- a. presentare agli operatori tutte le azioni realizzate nel corso dell'anno rivolte al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure;
- b. informare sul grado di raggiungimento degli obiettivi previsti nel PARM 2017;
- c. illustrare le attività svolte dal Coordinamento Aziendale per la gestione dei Rischi (CGRA);
- d. presentare delle attività promosse dal Comitato Controllo-Infezioni Correlate all'Assistenza;
- e. presentare le tipologie di reclami avanzate dagli utenti e le azioni poste in essere per la gestione e contenimento degli stessi;
- f. illustrare tutte le attività relative alla corretta gestione dei farmaci;
- g. approfondire i dati relativi alla sinistrosità aziendale e alle attività del CAVS.



Ob. 1 - Attività d: Progettazione e realizzazione della “ Conferenza annuale 2017 sul Rischio Clinico ” finalizzata ad un discussione interattiva sui diversi aspetti della sicurezza aziendale e presentazione dei casi più interessanti rappresentati dalle singole UO Sanitarie Ospedaliere e Territoriali.		
Indicatore: Realizzazione della Conferenza assicurando la partecipazione di almeno il 50% delle UO Sanitarie		
Standard: 100%		
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità		Scadenza: 31/12/2017
Matrice delle Responsabilità		
Azione	UOSD RISK Management e Qualità	UOS Svil. Comp. Formazione
Progettazione della Conferenza	R	
Organizzazione della Conferenza	C	R
Realizzazione della Conferenza	R	C

Ob. 1 - Attività e: Attività di formazione specifica indirizzata a tutto il personale per garantire una sempre più capillare diffusione della cultura sulla gestione del rischio attraverso sessioni dedicate all'interno degli eventi formativi aziendali organizzate da altre strutture Aziendali in raccordo con il Risk Management.

In continuità con quanto già previsto nel PARM 2016 anche nel corso del 2017 al fine di favorire una diffusione capillare delle attività correlate alla gestione del Risk Management è stata previsto il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità all'interno di corsi di Formazione Aziendali organizzati da altre strutture (Servizio Infermieristico, Direzione Medica Ospedaliera, UU.OO Ospedaliere). Tale attività si pone come obiettivo “una diffusione costante e capillare delle attività messe in campo e delle necessità del coinvolgimento di tutti gli operatori per garantire il raggiungimento di obiettivi strategici della Direzione Aziendale” in tema di gestione del Rischio Clinico.

Ob. 1 - Attività d: Attività di formazione specifica indirizzata a tutto il personale per garantire una sempre più capillare diffusione della cultura sulla gestione del rischio attraverso sessioni dedicate all'interno degli eventi formativi aziendali organizzate da altre strutture Aziendali in raccordo con il Risk Management.		
Indicatore: Partecipazione in qualità di docente ai corsi aziendali che prevedono, come da programma, il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità		
Standard: 100%		
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità		Scadenza: 31/12/2017
Matrice delle Responsabilità		
Azione	UOSD RISK Management e Qualità	UU.OO Aziendali
Partecipazione in qualità di docente ai corsi aziendali che prevedono, come da programma, il coinvolgimento della UOSD Risk Management e Qualità	R	C



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

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** Audit sull' implementazione e monitoraggio delle azioni individuate per l'anno 2016-2017 nel "Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione".
- **Attività b:** Audit sull'Implementazione del piano annuale CC-ICA.
- **Attività c:** Umanizzazione delle cure: Progetto Aziendale "La Cartella Clinica Umanizzata"
- **Attività d:** Attività di analisi e monitoraggio relativa a:
 - Eventi sentinella
 - Segnalazioni di Incident Reporting
 - Cadute

Presentazione durante la conferenza annuale dei dati relativi a:

- Sinistri aziendali
- Reclami
- Infortuni
- **Attività e:** Audit per il monitoraggio della gestione dei farmaci in sicurezza
- **Attività f:** Avvio del percorso per la Certificazione Eusoma della Breast Unit.

Ob. 2 - Attività a: Audit sull' implementazione e monitoraggio delle azioni individuate per l'anno 2016-2017 nel "Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione".

Il progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione realizzato nel corso del 2016 prevedeva tre diverse fasi (A-B-C) articolate su due anni, da sviluppare nel corso del 2016, la terza da sviluppare nel corso del 2017 relativa al monitoraggio e controllo della corretta applicazione di quanto implementato in azienda.

Pertanto nel corso dell'anno verranno organizzati n. 2 Audit con le UU.OO con maggiore incidenza del fenomeno L.d.P.

Un Audit, a cura della UOSD Risk Management e Qualità, sarà organizzato allo scopo di monitorare l'implementazione del progetto aziendale e le eventuali criticità presenti.



L'altro Audit, a cura del DAPS, verificherà tutti gli interventi presenti nel progetto, con particolare focus su:

- la corretta applicazione della scala di Braden;
- la corretta compilazione della scheda di mobilitazione;
- l'implementazione della nuova revisione del Manuale Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito e corretto utilizzo delle medicazioni avanzate;
- attività del case manger;
- etc...

Ob. 2 - Attività a: Audit sull' implementazione e monitoraggio delle azioni individuate per l'anno 2016-2017 nel "Progetto Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione".			
Indicatore: Realizzazione di almeno 2 Audit di verifica dell'implementazione e monitoraggio delle azioni individuate per l'anno 2016-2017.			
Standard: 100%			
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità			Scadenza: 31/12/2017
Matrice delle Responsabilità			
Azione	UOC DAPS	UOC DMO	UOSD Risk Management e Qualità
Audit di Monitoraggio Progetto Aziendale sulle L.d.P	C	C	R
Audit di verifica corretta implementazione Manuale Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito e corretto utilizzo delle medicazioni avanzate	R	C	I

Ob. 2 - Attività b: Audit sull'Implementazione del piano annuale CC-ICA.

Con il Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015, n. U00309 (come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00593 del 16 dicembre 2015) è stato approvato il "Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018" che, al Progetto 7.3 prevede una serie di obiettivi e di attività per il "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".

Inoltre è stato successivamente istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (di seguito CR-CCICA), a cui sono state attribuite funzioni di progettazione, formazione e informazione, nonché l'elaborazione di strategie e linee d'indirizzo regionali volte alla riduzione del rischio infettivo.

Pertanto ogni Azienda ha l'obbligo di elaborare un "Piano Annuale per le ICA" sulla base delle indicazioni fornite dal CR-CCICA che includeranno gli obiettivi previsti al punto 7.3 del Piano Regionale per la Prevenzione.

La stesura del piano da presentare la sua approvazione da parte del CC-ICA, è stata elaborata dalla UOC DMO e dalla UOSD Risk Management; il "Piano Annuale per le ICA", così come adottato dal CC-ICA è parte integrante del PARM 2017.

Nel corso del 2017 verranno effettuati audit di monitoraggio sulla corretta implementazione dello stesso, oltre a tutte le attività previste dal piano che vedranno interessata la UOSD Risk Management e Qualità.

Ob. 2 - Attività b: Audit di monitoraggio sulla corretta implementazione del Piano Annuale per le ICA e sulla corretta applicazione dello stesso.			
Indicatore: Realizzazione di almeno un audit di monitoraggio sulla corretta implementazione del Piano Annuale per le ICA e sulla corretta applicazione dello stesso.			
Standard: 100%			
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità			Scadenza: 31/12/2017
Matrice delle Responsabilità			
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	UOC DMO	Presidente CC-ICA
Elaborazione del Piano Annuale per le ICA	C	C	R
Realizzazione di almeno un audit di monitoraggio sulla corretta elaborazione del Piano Annuale per le ICA e sulla corretta applicazione dello stesso.	R	C	C

Ob. 2 – Attività d: Umanizzazione delle cure: Progetto Aziendale “La Cartella Clinica Umanizzata”

Nel corso del 2017 nella ASL di Rieti verrà sperimentato il progetto aziendale sulla cartella clinica umanizzata.

Tale progetto fornirà, ai professionisti delle UU.OO interessate alla sperimentazione del progetto le UU.OO di Radioterapia ed Oncologia Medica, le modalità operative per l'applicazione della medicina basata sulla centralità dell'individuo, attraverso lo strumento della cosiddetta cartella umanizzata.

Il progetto nasce dal convincimento che non si può curare ciò che non si conosce e non si può conoscere nessuna persona a cui venga impedito di raccontarsi, è stato elaborato un modello di narrazione per la cartella clinica che permette alla persona ricoverata di raccontare chi è, quali paure e quali gioie hanno contraddistinto la sua esistenza, i suoi progetti, la sua visione della malattia, i sogni per il futuro.

Tale strumento è già stato sperimentato presso diverse realtà sanitarie italiane(P.O S.Filippo Neri di Roma, Azienda Ospedaliero-Universitaria “OO.RR. Foggia”, etc...), e nelle realtà dove viene applicato, sembra aver dato buoni esiti in termini di partecipazione, alleanza terapeutica, riduzione



Tale strumento è già stato sperimentato presso diverse realtà sanitarie italiane(P.OS.Filippo Neri di Roma, Azienda Ospedaliero-Universitaria “OO.RR. Foggia”, etc...), e nelle realtà dove viene applicato, sembra aver dato buoni esiti in termini di partecipazione, alleanza terapeutica, riduzione dell'ansia da degenza, tali aspetti positivi potrebbero con il tempo portare anche ad una diminuzione del contenzioso.

Gli strumenti propri del progetto, che verranno implementati, sono i seguenti:

- corso di formazione per la presentazione di progetto e strumenti;
- un percorso formativo, che consenta agli operatori sanitari, individuati come referti aziendali, di acquisire la procedura all'interno delle UU.OO interessate a svolgere attività di tutoraggio;
- applicazione del metodo.

Ob. 2 - Attività c: Implementazione del progetto “Umanizzazione delle cure: Progetto Aziendale “La Cartella Clinica Umanizzata”				
Indicatore: Progettazione e realizzazione di un corso di formazione per la presentazione di progetto e strumenti				
Addestramento del product manager della linea di attività “Percorso Oncologico” e del case manager dei PCO Oncologici				
Standard:				
<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione corso di formazione - Addestramento personale individuato 				
Strutture Responsabili: UOC Radioterapia, UOC Oncologia Medica, UOSD Risk Management e Qualità				Scadenza: 31/12/2017
Matrice delle Responsabilità				
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	UU.OO Pilota (UOC Radioterapia e UOC Oncologia Medica)	UOS Svil. Comp. Formazione	Formatore Esterno
Progettazione e realizzazione di un corso di formazione per la presentazione di progetto e strumenti.	R	C	C	C
Addestramento del product manager della linea di attività “Percorso Oncologico” e del case manager dei PCO Oncologici	C	C	C	R

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

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

Presentazione durante la conferenza annuale dei dati relativi a:

- Sinistri aziendali.
- Reclami.

- Analisi delle segnalazioni di Incident Reporting e organizzazione di audit per l'analisi degli eventi avversi/sentinella: nel corso dell'anno sono stati realizzati numerosi
- Audit sugli eventi avversi più rappresentativi segnalati, durante i quali sono state discusse con gli operatori le problematiche presenti all'interno del reparto e sono stati condivisi ed elaborati dei piani di miglioramento le cui azioni sono costantemente monitorate.
- *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, sono state monitorate per quanto relativo allo stato di attuazione e al rispetto della tempistica, con azioni di sollecito finalizzate alla implementazione delle azioni previste.
- *Attività di monitoraggio delle cadute di pazienti in ospedale:* è stato effettuato monitoraggio sistemico di tutte le cadute segnalate nel corso del 2016, con indicazione delle cause legate sia alle caratteristiche dei pazienti (assunzione di farmaci etc..) che alle caratteristiche ambientali e strutturali. Tale monitoraggio una mappatura puntuale delle criticità, l'individuazione di ambiti di miglioramento con relativi progetti di attività, alcuni dei quali integrati nelle attività previste per il 2017.

Pertanto nel corso del 2017 si proseguirà nella attività di reportistica attività previste sono le seguenti:

- Prosecuzione delle attività di monitoraggio poste già in essere.
- Realizzazioni di azioni integrate per la gestione delle segnalazioni
- Implementazione delle azioni contenute nel "Piano Regionale per la Prevenzione delle Cadute dei Pazienti"

Nel corso della conferenza annuale sul rischio clinico 2017, verranno inoltre presentati i dati di attività relativi a:

- ***Raccolta e analisi tempestiva di reclami, contenzioso, altre segnalazioni:*** l'analisi di questi dati ha permesso una identificazione "ex post" delle aree di maggiore criticità presenti in azienda.
- ***Reportistica sull'andamento dei sinistri:*** denunciati nel corso dell'anno e confronto con anni precedenti.
- ***Reportistica sugli infortuni occorsi in azienda nel corso del 2017:*** fornito dalla UOSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.



Ob. 2 - Attività d: Attività di monitoraggio e analisi relativa a:				
<ul style="list-style-type: none"> - Eventi sentinella - Segnalazioni di Incident Reporting - Cadute 				
Indicatore: Report annuale integrato sulle segnalazioni di pertinenza della USOD Risk Management e Qualità, con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento				
Standard: si				
Strutture Responsabili: UOSD Risk Management e Qualità			Scadenza: 31/12/2017	
Matrice delle Responsabilità				
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	UOSD AA.GG e Legali	UOSD Com.ne e Marketing (URP)	UOSD SPP
Attività di reportistica di - segnalazioni di incident reporting; - segnalazione di eventi sentinella; - segnalazione di cadute; con analisi delle criticità presenti ed elaborazione di piani di miglioramento.	R			
Presentazione durante la conferenza annuale dei dati relativi all'andamento dei sinistri: denunciati nel corso dell'anno e confronto con anni precedenti.	C	R		
Presentazione durante la conferenza annuale dei dati relativi agli infortuni occorsi in azienda nel corso del 2017 e confronto con anni precedenti	C		R	
Presentazione durante la conferenza annuale dei dati relativi alla raccolta e analisi tempestiva di reclami, contenzioso, altre segnalazioni	C			R

Ob. 2 Attività e- Audit per il monitoraggio della gestione dei farmaci in sicurezza

La risorsa "farmaco" all'interno di un ospedale risulta essere cruciale da vari punti di vista. Infatti è un elemento indispensabile per la cura dei pazienti, che deve essere disponibile tempestivamente, 24 ore su 24, che ha un costo elevato e talora modalità di conservazione particolari.

Inoltre, una corretta gestione del farmaco all'interno del reparto è garanzia di corretta conservazione ed identificazione del prodotto da utilizzare, riducendo il più possibile la evenienza di errori dovuti ad un errato prelievo del farmaco da somministrare. Le ispezioni di reparto rappresentano uno dei principali strumenti a disposizione dell'Azienda per verificare che la gestione della "risorsa" farmaceutica avvenga in un contesto di sicurezza, efficacia ed efficienza, nel rispetto del quadro legislativo vigente in materia.

Nel corso del 2017 saranno organizzati degli audit nelle UU.OO finalizzate al monitoraggio dell'aderenza dell'Azienda a quanto previsto dalle procedure elaborate sulla scorta delle seguenti raccomandazioni ministeriali:

- Raccomandazione n° 1 "Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio-KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio" – Marzo 2008, Ministero della Salute e delle Politiche sociali.

- Raccomandazione n° 7 "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" - Marzo 2008, Ministero della Salute e successive implementazioni
- Raccomandazione n° 12 "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-Alike/Sound-Alike" LASA –Agosto 2010, Ministero della Salute.

Per raggiungere tale obiettivo le azioni previste sono:

- Elaborazione di una procedura che disciplini le modalità operative con cui verranno svolti gli audit.
- Elaborazione di una check list di verifica.
- Audit all'interno delle diverse UU.OO dell'azienda

Ob. 2 - Attività e: Audit per il monitoraggio della gestione dei farmaci in sicurezza				
Indicatore: Audit in almeno il 50% delle UU.OO Ospedaliere				
Standard: 50%				
Strutture Responsabili: UOC Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici			Scadenza: 31/12/2017	
Matrice delle Responsabilità				
Azione	UOC Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici	UOSD Risk Management e Qualità	UOC DASP	UOC DMO
Elaborazione di una procedura	R	C	C	C
Elaborazione Check List di verifica	R	C	C	C
Audit all'interno delle diverse UU.OO dell'azienda	R	I	C	C
Analisi delle non conformità rilevate nel corso delle ispezioni e indicazioni di azioni correttive	R	I	C	C

Ob. 2 Attività f: Avvio del percorso per la Certificazione Eusoma della Breast Unit

La lotta al tumore al seno è una priorità sanitaria della Commissione Europea. Nel 2003, il Parlamento europeo ha emanato una risoluzione per affermare la necessità di assicurare l'accesso allo screening, alle terapie e ai controlli periodici dopo le terapie per tutte le donne dell'UE. Nell'ottobre del 2006, ha adottato una seconda risoluzione per l'Europa allargata, in cui esorta gli Stati membri ad assicurare la presenza di unità senologiche specialistiche su tutto il territorio nazionale, in conformità alle linee guida europee, entro il 2016. Infatti, la cura del carcinoma della mammella in strutture dedicate con elevata qualità professionale e un approccio interdisciplinare (breast unit) è correlata con una migliore sopravvivenza e una migliore qualità di vita delle donne trattate.



Per poter richiedere la certificazione Eusoma i tre requisiti indispensabili che una Breast Unit deve possedere sono i seguenti:

- **Volume casi trattati:** almeno 150 nuovi casi all'anno
- **Direttore Clinico:** la Breast Unit deve identificare un Direttore, responsabile del coordinamento dell' Unità
- **Percorso Clinico Organizzativo:** la Breast Unit deve avere un percorso scritto, che descriva l'iter che va dalla diagnosi al trattamento della patologia della mammella in tutti gli stadi (iniziale/avanzato) e il follow up. Il percorso deve essere concordato da tutti i membri del team. Eventuali modifiche/emendamenti devono essere discussi e formalmente registrati durante le riunioni di audit.
- **Database:** la Breast Unit deve avere un database per la registrazione dei seguenti dati:
 - provenienza pazienti (programmi di screening, screening spontaneo, pz sintomatiche);
 - diagnosi;
 - patologia;
 - trattamento;
 - risultati.
- **Audit:** la Breast Unit deve organizzare almeno un audit meeting all' anno con lo scopo di scrivere/aggiornare i protocolli (deve essere verbalizzato)
- **Data manager:** la Breast Unit deve identificare con lettera di incarico ufficiale un data manager, responsabile della raccolta ed inserimento dati nel DB
- **Indicatori di Qualità:** la Breast Unit deve raggiungere, o eventualmente adottare le misure necessarie per il raggiungimento , dello standard minimo per gli indicatori di qualità indicati da Eusoma.

Ob. 2 – Attività f: Avvio del percorso per la Certificazione Eusoma della Breast Unit					
Indicatore: Pre audit per accreditamento Eusoma					
Standard: 100%					
Strutture Responsabili: UOSD Risk Management e Qualità; UOSD ACeSIS; UOC Oncologia Medica				Scadenza: 31/12/2017	
Matrice delle Responsabilità					
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	UOSD ACeSIS	Direzione Generale	Data Manager	Direttore Clinico
Revisione PCO Carcinoma della Mammella con Audit	C	R	I	C	C
Individuazione Data Manager			R		
Inserimento nel database di tutti i casi trattati nel corso del 2016			I	R	C
Audit sui risultati degli indicatori di qualità	C	C	I	R	C
Compilazione check list per le UU.OO afferenti alla Brest Unit	R		I		C
Pre audit per accreditamento Eusoma	C	C	I	C	R

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

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

Il Coordinamento Aziendale per la gestione dei Rischi (CGRA) nel corso del 2016 ha elaborato un "piano di attività", con focus sulle seguenti attività:

1. "Evento caduta paziente": strategie condivise per contenimento con focus sugli elementi di interferenza;
2. "Prevenzione e gestione della Legionella nelle strutture della ASL di Rieti": realizzazione di un documento condiviso.

Nel corso del 2017 si provvederà ad organizzare degli incontri del gruppo finalizzati alla verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento previste dal suddetto piano, già inviato alla Direzione Strategica per opportuna informazione e condivisione. Dall'analisi delle attività espletate dalle singole funzioni e dal confronto tra i componenti del CGRA verrà elaborata una proposta operativa per la gestione, in ottica di sistema, dei rischi aziendali, che tenga conto anche di quanto indicato nel "Piano regionale per la Prevenzione delle Cadute dei Pazienti".

Le attività previste per il 2017 in una logica di sviluppo delle attività già poste in essere nel corso del 2016, saranno per l' "Evento caduta paziente":

- realizzazione di almeno due incontri del Coordinamento Aziendale per la gestione dei Rischi (CGRA) e predisposizione relazione conclusiva delle attività da presentare alla Direzione Strategica.
- Revisione della procedura aziendale "Prevenzione delle Cadute dei Pazienti nelle Strutture Sanitarie" rev. 1. Del 08/05/2015, sulla base della Determinazione del 25 ottobre 2016 n. G12356 Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione della cadute dei pazienti" della Regione Lazio.

Per quanto riguarda invece la "Prevenzione e gestione della Legionella nelle strutture della ASL di Rieti" verrà organizzato, a cura del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, un Audit di verifica della corretta applicazione della procedura aziendale con analisi di tutte le criticità eventualmente presenti ed elaborazione di una proposta operativa per la risoluzione delle stesse.

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

Indicatore:

1. Organizzazione e realizzazione di due incontri nel corso del 2016 per definire e monitorare le attività per la gestione dei rischi aziendali;
2. Revisione della procedura aziendale "Prevenzione delle Cadute dei Pazienti nelle Strutture Sanitarie" rev. 1. Del 08/05/2015, sulla base della Determinazione del 25 ottobre 2016 n. G12356 Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione della cadute dei pazienti" della Regione Lazio.
3. Audit sull'applicazione della procedura aziendale a cura del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, con analisi delle criticità e proposta operativa.

Standard:

- Organizzazione e realizzazione di almeno due incontri;
- Revisione della procedura aziendale "Prevenzione delle Cadute dei Pazienti nelle Strutture Sanitarie".
- Organizzazione di almeno n.1 Audit e realizzazione di una proposta operativa

Struttura Responsabile: UOSD Risk Management Qualità, UOSD SPPA, Medico Competente, Radioprotezione, UOC Tecnico Patrimoniale- Ingegneria Clinica

Scadenza:31/12/2017

Matrice delle Responsabilità

Azione	UOSD Risk Management e Qualità	Medico Competente	RSPP	UOC Tecnico Patrimoniale- Ingegneria Clinica	DMO	CGRA (Coordinamento Aziendale per la gestione dei Rischi)
Organizzazione di almeno due incontri nel corso del 2016 per definire e monitorare le attività per la gestione dei rischi aziendali	R					C
Revisione della procedura aziendale "Prevenzione delle Cadute dei Pazienti nelle Strutture Sanitarie"	R		C	C	C	C
Audit sull'applicazione della procedura aziendale a cura del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, con analisi delle criticità e proposta operativa.	C	C	R	C	C	I



**OBIETTIVO N.4: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA
DI RISK MANAGEMENT.**

La linea di attività, su mandato Regionale, è la seguente:

Ob. 4 - Attività a: Progetto “Gestione Rischio Clinico nel Penitenziario” (Delibera ASL RMB n. 228 del 15/6/2015 “Protocollo di intesa tra le direzioni generale delle Aziende Asl Roma A, Roma B, Roma F, Roma H, Frosinone, Latina, Rieti in materia di assistenza alle popolazione detenute nel territorio regionale del Lazio e nello specifico sviluppo del progetto di implementazione del sistema di gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari del Lazio”)

Nel corso del 2016 è stata portata a termine la fase 1 del progetto, che ha consistito nello sviluppo delle azioni messe in campo nel corso del 2015:

- individuazione e formazione dei referenti per la gestione del rischio clinico all'interno dell'istituto penitenziario
- auto-valutazione del sistema di gestione del rischio clinico mediante l'utilizzo di una specifica check list per una prima fotografia del rischio e la contestuale rilevazione di Buone Pratiche e/o procedure in uso
- valutazione della percezione del rischio negli operatori mediante distribuzione e raccolta di un apposito questionario di indagine sulla cultura della “Patient Safety” negli istituti penitenziari
- Presentazione dei dati al Tavolo di Coordinamento per condivisione , sviluppo, azioni successive (eventuale workshop regionale, modalità di raccordo con altri tavoli regionali attivati sulle tematiche specifiche, ecc.);
- Trasmissione risultanze dati alle Aziende coinvolte.

Le azioni previste per il 2017 sono le seguenti:

- Presentazioni dei dati relativi alla conclusione della prima fase del progetto al tavolo dei Risk Manager della Regione Lazio.
- Elaborazione dei dati relativi alla percezione del rischio negli operatori degli istituti penitenziari.
- Presentazione dei dati relativi alla percezione del rischio negli operatori degli istituti penitenziari, al Tavolo di Coordinamento per condivisione ed eventuale sviluppo azioni successive.

Ob. 4 - Attività a: Progetto "Gestione Rischio Clinico nel Penitenziario" (Delibera ASL RMB n. 228 del 15/6/2015 "Protocollo di intesa tra le direzioni generale delle Aziende Asl Roma A, Roma B, Roma F, Roma H, Frosinone, Latina, Rieti in materia di assistenza alle popolazione detenute nel territorio regionale del Lazio e nello specifico sviluppo del progetto di implementazione del sistema di gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari del Lazio")				
Indicatore:				
a. Presentazione dei dati relativi alla prima fase del progetto al tavolo dei Risk Manager;				
b. Elaborazione dei dati relativi alla percezione del rischio negli operatori degli istituti penitenziari.				
c. Presentazione dei dati relativi alla percezione del rischio negli operatori degli istituti penitenziari, al Tavolo di Coordinamento per condivisione ed eventuale sviluppo azioni successive.				
Standard: SI				
Struttura Responsabile: UOSD Risk Management e Qualità				Scadenza: 31/12/2016
Matrice delle Responsabilità				
Azione	UOSD Risk Management e Qualità	Tutte le aziende coinvolte nel progetto	Tavolo Coordin. Regionale	Università degli studi Tor Vergata "Istituto di Igiene"
Presentazioni dei dati relativi alla conclusione della prima fase del progetto al tavolo dei risk manager della Regione Lazio	R	I	I	
Elaborazione dei dati relativi alla percezione del rischio neli operatori degli istituti penitenziari.	R			C
Presentazione dei dati relativi alla percezione del rischio neli operatori degli istituti penitenziari, al Tavolo di Coordinamento per condivisione ed eventuale sviluppo azioni successive.	R	I	I	C

5. DIFFUSIONE

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

- Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione.
- Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet Amministrazione Trasparente.
- Invio del PARM via email alle Direzioni di P.O. e di Distretto.
- Trasmissione via mail del PARM ai Facilitatori del Rischio Clinico.
- Iniziative di diffusione del PARM a tutti gli operatori attraverso i momenti di partecipazione del Risk Manager ai corsi aziendali organizzati internamente e che vedono il coinvolgimento dello stesso in qualità di Docente.
- Invio nota del Direttore Generale alle funzioni coinvolte con indicazione della attività da svolgere individuate all'interno del PARM 2016 e relative responsabilità.



6. RIFERIMENTI NORMATIVI

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

7. GLOSSARIO

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



8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management e Qualità in Sanità- il problema degli errori"
Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
2. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione.
3. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza.
4. AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>.
5. Sito Web Aziendale ASL Rieti : <http://www.asl.rieti.it>.
6. Deliberazione ASL Rieti n. 852/DG del 27/07/2016 – Adozione Piano Annuale 2014 di Risk Management e Qualità.
7. Deliberazione ASL Rieti n. 88/DG del 31.01.2014 – Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014 – 2016.
8. Deliberazione ASL Rieti n. 91/DG del 31.01.2014 – Aggiornamento piano della prestazione e dei risultati 2014 – 2016;
9. Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri.
10. Deliberazione ASL Rieti n° 69/DG del 11/02/2015 Costituzione Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS).
11. Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.
12. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Save Surgery Save Live".
13. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
14. Reason J, *Managing the risks of organizational accidents*, 1997.
15. Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770.





“PIANO ANNUALE PER LE ICA ANNO 2017”



INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. GLOSSARIO	3
3. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	4
4. OBIETTIVI	5
5. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....	5
6. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	15
7. BIBLIOGRAFIA.....	15



1. PREMESSA

Nel panorama dei potenziali rischi per la sicurezza del paziente attribuibili all'assistenza sanitaria, le complicanze infettive giocano un ruolo di primo piano, perché sono frequenti, perché hanno un elevato impatto clinico ed economico e perché sono in parte evitabili con l'adozione di misure di provata efficacia. La frequenza con cui compare una complicanza infettiva è pari a 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, 5-8% in pazienti residenti in strutture per anziani e 1% in pazienti in assistenza domiciliare (1,2,3). Sono inoltre sempre più frequenti le infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici. Oltre che essere frequenti, le infezioni correlate all'assistenza sanitaria sono anche gravi: il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) ha stimato che le infezioni associate all'assistenza sanitaria sono causa di 37.000 decessi/anno in Europa; per le sepsi e le polmoniti si stima una mortalità attribuibile pari a 20-30% (4,5). Il costo annuale per le infezioni ospedaliere è stato stimato essere pari a 6,7 milioni di dollari negli Stati Uniti e a 1,7 milioni di dollari nel Regno Unito (3). Su 100 ICA, in media 20 sono prevenibili (6); questa stima cambia però sostanzialmente a seconda del tipo di infezione e del contesto: diversi studi hanno infatti riportato una riduzione della frequenza di complicanze infettive in seguito a programmi di intervento, che andava dal 10% al 70%.

Il Piano annuale per le ICA assume le indicazioni delle LL.GG. della Regione Lazio - DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, prevede gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione Progetto 7.3 "Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici", sviluppa le azioni previste nel relativo Piano Attuativo Aziendale" e da seguito alle azioni intraprese nell'anno precedente.

2. GLOSSARIO

CC-ICA: Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza

CPE: Enterobatteri produttori di Carbapenemasi

ESBL: Extended Spectrum Beta Lactamase

DMO: Direzione Medica Ospedaliera

GdL: gruppo di lavoro

KPC: Klebsiella Pneumoniae produttore di carbapenemasi

ICA: Infezioni correlate all'assistenza

MCAU: Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

MDRO: Multiple Drug Resistant Organisme

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

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

Azione	President e CC-ICA	CC- ICA	Direttore Generale	Direttore Sanitario Aziendale	Direttore Amministrativo Aziendale	UOSD Risk Management
Proposta Piano annuale ICA	R	C	I	I	I	C
Approvazione Piano annuale ICA	C	R	I	I	I	C
Deliberazione Piano Annuale ICA	I	I	R	C	C	C
Monitoraggio Piano annuale ICA	C	C	I	I	I	R

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

Relativamente alla **Matrice delle Responsabilità** delle singole azioni previste nel Piano annuale delle ICA 2017, vengono indicate le **Strutture Responsabili** e le **Strutture Coinvolte** di volta in volta sulle singole azioni da porre in essere.

4. OBIETTIVI

Gli obiettivi identificati per l'anno 2017 sono i seguenti:

1. Sorveglianza epidemiologica delle ICA
2. Sorveglianza MDRO in Pronto Soccorso
3. Sorveglianza germi Alert
4. Monitoraggio del consumo degli antibiotici e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva
5. Revisione procedure
6. Formazione / Informazione alla Utente

Di seguito si individuano diverse linee di attività in riferimento ai singoli obiettivi declinati secondo le peculiarità e le necessità dell'Azienda ed in modo da dare continuità alle attività già intraprese negli anni precedenti.

5. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

Obiettivo n. 1: Sorveglianza epidemiologica delle ICA

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** studio di prevalenza delle ICA anno 2017 nel P.O. S. Camillo del Lellis.

OBIETTIVO N. 1: Sorveglianza epidemiologica delle ICA				
ATTIVITÀ a: studio di prevalenza delle ICA anno 2017 nel P.O. S. Camillo del Lellis.				
INDICATORE: realizzazione di uno studio di prevalenza				
STANDARD: SI				
STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO		SCADENZA: 31/12/2017		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	UOC DMO	UOC DAPS	UU.OO.	UOSD Risk Management e Qualità
Progettazione Studio di Prevalenza	R	C	I	I
Rilevazione dati	R	C	C	I
Elaborazione dati	R	C	I	C
Feedback informativo UU.OO.	R	I	I	I

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

OBIETTIVO N. 1: Sorveglianza epidemiologica delle ICA				
ATTIVITÀ b: report ceppi microbici circolanti nella struttura sanitaria, distinti per tipologia di materiale biologico e per singole UU.OO.				
INDICATORE: realizzazione report				
STANDARD: SI				
STRUTTURA RESPONSABILE UOSD Laboratorio Analisi		SCADENZA: trimestrale – entro il 20° giorno dalla scadenza		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	UOC DMO	CC-ICA	UOSD Laboratorio Analisi	UOSD Risk Management e Qualità
Estrazione dati	C	I	R	I
Elaborazione report	C	I	R	I
Feedback informativo UU.OO.	R	I	I	I

Obiettivo n. 2: Sorveglianza dei MDRO in Pronto Soccorso

Per questo obiettivo è stata prevista la seguente attività:

- **Attività a:** elaborazione dell'istruzione operativa per la sorveglianza MDRO in Pronto Soccorso.

OBIETTIVO N. 2: Sorveglianza ICA in Pronto Soccorso					
ATTIVITÀ a: elaborazione dell'istruzione operativa per la sorveglianza MDRO in Pronto Soccorso					
INDICATORE: realizzazione istruzione operativa					
STANDARD: SI					
STRUTTURA RESPONSABILE: UOC MCAU (Coordinatore GdL)			SCADENZA: 30/06/2017		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'					
AZIONE	CC-ICA	UOSD Laboratorio Analisi	UOC MCAU	UOSD Risk Management e Qualità	UOC DMO
Formalizzazione del gruppo di lavoro e del Coordinatore	C	I	I	I	R
Elaborazione istruzione operativa	C	C	R	I	C
Approvazione istruzione operativa	R	I	I	I	I

Obiettivo n. 3: Sorveglianza germi Alert

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** monitoraggio germi Alert.

OBIETTIVO N. 3: Sorveglianza germi Alert				
ATTIVITÀ a: monitoraggio germi Alert				
INDICATORE: report trimestrale				
STANDARD: SI				
STRUTTURA RESPONSABILE: UOSD Laboratorio Analisi			SCADENZA: trimestrale - entro il 20° giorno dalla scadenza	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'				
AZIONE	UOC DMO	CC-ICA	UOSD Laboratorio Analisi	UOSD Risk Management e Qualità
Elaborazione dati microbiologici	C	I	R	I
Elaborazione dati rilevati dalle infermiere AICA	R	I	I	I
Feedback informativo UU.OO.	R	I	I	I

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

OBIETTIVO N. 3: Sorveglianza germi Alert					
ATTIVITÀ b: implementazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il Sistema di Sorveglianza Nazionale delle batteriemie da CPE					
INDICATORE: Report semestrale notifiche delle batteriemie da CPE					
STANDARD: SI					
STRUTTURA RESPONSABILE: UOC ISP			SCADENZA: Semestrale - entro il 20° giorno dalla scadenza		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
AZIONE	UOC DMO	UOSD Laboratorio Analisi	UOC ISP	CC-ICA	UOSD Risk Management e Qualità
Invio scheda ministeriale di notifica batteriemie da CPE alla DMO	I	R	I	I	I
Report semestrale schede di notifica inviate al ISP /n° batteriemie da CPE	R	C	C	I	I
Report semestrale schede inviate alla Regione	I	I	R	I	I

- **Attività c:** sorveglianza attiva di Klebsiella Pneumoniae produttore di carbapenemasi (KPC) e/o beta lattamasi a spettro esteso (ESBL) nelle UU.OO. di Oncologia e di Anestesia e Rianimazione.

OBIETTIVO N. 3: Sorveglianza germi Alert					
ATTIVITÀ c: Sorveglianza attiva di Klebsiella Pneumoniae produttore di carbapenemasi (KPC) e/o beta lattamasi a spettro esteso (ESBL) nelle UU.OO. di Oncologia e Anestesia e Rianimazione					
INDICATORE: report di monitoraggio della sorveglianza attiva					
STANDARD: SI					
STRUTTURA RESPONSABILE: DMO			SCADENZA: trimestrale entro 20° giorno dalla scadenza		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
AZIONE	CC-ICA	UUOO Anestesia e Rianimazione/ Oncologia	UOSD Laboratorio Analisi	UOC DMO	UOSD Risk Management e Qualità
Approvazione Istruzione Operativa (IO)	R	C	C	C	C
Effettuazione screening secondo IO	I	R	C	I	I
Elaborazione dati con report trimestrali	I	C	C	R	I
Feedback informativo UU.OO.	I	I	I	R	I



- **Attività d:** sorveglianza MDRO nei pazienti ricoverati in regime di DH.

OBIETTIVO N. 3: Sorveglianza germi Alert					
ATTIVITÀ d: sorveglianza MDRO nei pazienti ricoverati in regime di DH					
INDICATORE: elaborazione istruzione operativa					
STANDARD: SI					
STRUTTURA RESPONSABILE: Dipartimento Medico (Coordinatore GdL)			SCADENZA: 30/09/2017		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
AZIONE	CC-ICA	Dipartimento Medico	UOSD Laboratorio Analisi	UOC DMO	UOSD Risk Management e Qualità
Formalizzazione del gruppo di lavoro	C	I	I	R	I
Elaborazione istruzione operativa	I	R	C	C	I

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

OBIETTIVO N. 3: Sorveglianza germi Alert			
ATTIVITÀ e: inserimento degli obiettivi inerenti la prevenzione e controllo delle ICA nell'assegnazione degli obiettivi di budget ai Responsabili di UU.OO..			
INDICATORE: proposta obiettivi di budget			
STANDARD: SI			
STRUTTURA RESPONSABILE: UOSD Risk Management e Qualità		SCADENZA: 28/02/2017	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	CC-ICA	UOC DMO	UOSD Risk Management e Qualità
Individuazione obiettivi di budget	R	C	C
Proposta dell'inserimento degli obiettivi alla Direzione Aziendale	C	C	R

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

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** formalizzazione del Gruppo Operativo Aziendale per l'uso responsabile degli antibiotici (*Antimicrobial stewardship*) individuato nel PARM 2016 e definizione del piano di attività.

OBIETTIVO N. 4: Monitoraggio del consumo degli antibiotici e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva					
ATTIVITÀ a: - formalizzazione del Gruppo Operativo Aziendale per l'uso responsabile degli antibiotici (<i>Antimicrobial stewardship</i>) individuato nel PARM 2016 - definizione del piano di attività					
INDICATORE: piano di attività					
STANDARD: SI					
STRUTTURA RESPONSABILE: Referente Gruppo Operativo Antibiotici (UOSD Malattie Infettive)				SCADENZA: 30/03/2017	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
AZIONE	CC-ICA	Referente Gruppo Operativo	UOC DMO	UU.OO. Malattie Infettive /Laboratorio Analisi / UOC Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici	UOSD Risk Management e Qualità
Formalizzazione del gruppo operativo	C	I	R	I	I
Definizione del piano di attività	C	R	I	C	I

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

OBIETTIVO N. 4: Monitoraggio del consumo degli antibiotici e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva			
- ATTIVITÀ b: individuazione degli obiettivi inerenti il monitoraggio dell'uso di antibiotici ed inserimento degli stessi nell'assegnazione degli obiettivi di budget ai Responsabili di UU.OO.			
INDICATORE: proposta assegnazione obiettivi di budget			
STANDARD: SI			
STRUTTURA RESPONSABILE: UOSD Risk Management e Qualità		SCADENZA: 28/02/2017	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	CC-ICA	UOC DMO	UOSD Risk Management e Qualità
Individuazione obiettivi di budget	R	C	C
Proposta dell'inserimento degli obiettivi alla Direzione Aziendale	C	C	R



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

OBIETTIVO N. 4: Monitoraggio del consumo degli antibiotici e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva						
ATTIVITÀ c: report sul consumo degli antibiotici e relativi costi						
INDICATORE: report						
STANDARD: SI						
STRUTTURA RESPONSABILE: SERVIZIO FARMACEUTICO			SCADENZA semestrale – entro il 20° giorno dalla scadenza			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'						
AZIONE	CC-ICA	Servizio Farmaceutico	UOC DMO	UOSD Laboratorio Analisi	UOSD Risk Management e Qualità	Gruppo Operativo Aziendale
Report consumo antibiotici e costi	I	R	I	C	I	C
Feedback alle UU.OO.	C	R	I	I	I	C

Obiettivo n. 5: Revisione procedure

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** revisione procedura aziendale "Sorveglianza, Controllo e Prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero".

OBIETTIVO N. 5: Revisione procedure					
ATTIVITÀ a: revisione procedura aziendale " Sorveglianza, Controllo e Prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero"					
INDICATORE: procedura revisionata					
STANDARD: SI					
STRUTTURA RESPONSABILE: UOSD Malattie Infettive			SCADENZA: 30/06/2017		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
AZIONE	CC-ICA	UOSD Malattie Infettive	UOC DMO	UOSD Laboratorio Analisi	UOSD Risk Management e Qualità
Revisione procedura	C	R	C	C	C

- **Attività b:** revisione procedura aziendale “Profilassi antibiotica in chirurgia”.

OBIETTIVO N. 5: Revisione procedure						
ATTIVITÀ b: revisione procedura aziendale “profilassi antibiotica in chirurgia”						
INDICATORE: procedura revisionata						
STANDARD: SI						
STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO				SCADENZA: 30/09/2017		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'						
AZIONE	CC-ICA	UOSD Malattie Infettive	UOC DMO	Servizio Farmaceutico	UOSD Risk Management e Qualità	Responsabili UU.OO. Dipartimento Chirurgico
Revisione procedura	C	C	R	C	C	C

Obiettivo n. 6: Formazione/Informazione all'Utenza

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività a:** convegno sulla “sorveglianza e monitoraggio delle ICA”.

OBIETTIVO N. 6: Formazione/Informazione all'Utenza							
ATTIVITÀ a : convegno sulla “sorveglianza e monitoraggio delle ICA”							
INDICATORE: convegno							
STANDARD: SI							
STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO / UOSD Malattie Infettive				SCADENZA: 31/03/2017			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'							
AZIONE	CC-ICA	UOSD Malattie Infettive	UOSD Laboratorio Analisi	UOC DMO	Servizio Farmaceutico	UO Formazione	UOSD Risk Management e Qualità
Progettazione	I	R	C	R	C	I	C
Realizzazione	I	C	C	C	C	R	C

- **Attività b** : incontro formativo sul riconoscimento precoce della sepsi

OBIETTIVO N. 6: Formazione/Informazione all'Utenza				
ATTIVITÀ b: incontro formativo sul riconoscimento precoce della sepsi				
INDICATORE: incontro formativo				
STANDARD: SI				
STRUTTURA RESPONSABILE: Dipartimento Di Medicina / UOSD Malattie Infettive			SCADENZA: 31/12//2017	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	CC-ICA	Dipartimento di Medicina/ UOSD Malattie Infettive	UOC DMO	UOSD Risk Management e Qualità
Incontro formativo	C	R	I	I

- **Attività c:** redazione opuscolo informativo per gli utenti sulle norme igienico - comportamentali destinato all'Utenza

OBIETTIVO N. 6: Formazione/Informazione all'Utenza			
ATTIVITÀ c: redazione opuscolo informativo sulle norme igienico - comportamentali destinato all'Utenza			
INDICATORE: opuscolo informativo			
STANDARD: SI			
STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO		SCADENZA: 30/06/2017	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	CC-ICA	UOC DMO	UOSD Risk Management e Qualità
Opuscolo informativo sulle norme igienico - comportamentali ed installazione dei dispenser di gel idroalcolico nel Presidio	C	R	I

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

OBIETTIVO N. 6: Formazione/Informazione all'Utenza					
ATTIVITÀ d: Promozione partecipazione degli operatori individuati ai programmi formativi regionali per il monitoraggio e la prevenzione delle ICA e l'uso appropriato degli antibiotici secondo quanto previsto e nei tempi stabiliti dall'azione Regionale 9.14.2					
INDICATORE: n. operatori formati / n. operatori target > 50%					
STANDARD: SI					
STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DMO			SCADENZA: 31/12/2017		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
AZIONE	Presidente CC-ICA	UOC DMO	Responsabili UU.OO.	DAPS	UOSD Risk Management e Qualità
Recepimento delle indicazioni Regionali	C	R	I	I	I
Comunicazione dei progetti formativi ai Responsabili di UU.OO e al DAPS	C	R	I	I	I
Individuazione dei partecipanti	I	I	R	C	I

