

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. **181** del **22.02.2017**

OGGETTO: Adozione del Piano Annuale Risk Management (PARM) – anno 2017

STRUTTURA PROPONENTE: UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management

Centro di costo: 775

L'estensore: (Dott.ssa Stefania Greghini) *Stefania Greghini*

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del procedimento

(Dott. Aldebrando Bossi)

Aldebrando Bossi

Data: 13/2/17

Il Responsabile della U.O.C.

(UOC SPRM)
(Dr.ssa Maddalena Quintili)

Maddalena Quintili

Data: 20/2/17

Il Direttore di Area di Direzione Aziendale

(Dott. Carlo Saitto)

Carlo Saitto

Data: 14.2.17

Il presente Atto contiene dati sensibili SI NO

Il Funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Costo previsto: € 0,00 – Esercizio ... (2017) ... C.E. n. (denominazione del conto)

Il Funzionario addetto al controllo di budget: (Dr.ssa Maddalena Quintili) data _____ firma _____

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico della spesa di cui al presente provvedimento.

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione Dott. Carlo Saitto

data _____ firma _____

Parere del Direttore Amministrativo Dott.ssa Cristina Matranga

Favorevole

Non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

data 19.2.2017 firma *Cristina Matranga*

Parere del Direttore Sanitario Dr. Mauro Galeotti

Favorevole

Non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

data 20.2.2017 firma *Mauro Galeotti*

Il Presente provvedimento si compone di n. 18 pagine di cui n. 14 pagine di allegati

Il Direttore Generale
Dott. Angelo Tinosa

Angelo Tinosa

181 dec 22.02.2017

IL DIRETTORE UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00250 del 23.11.2016 con il quale è stato nominato il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 nella persona del Dott. Angelo Tanese;

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 del 1° gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla legge regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

ACCERTATO CHE in data 10 aprile 2014 è stata pubblicata sul BURL la Determinazione n. G04112 ad oggetto: "Approvazione del documento recante 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)";

CONSIDERATO CHE nei tempi previsti delle suddette Linee di indirizzo, la ex ASL RMA e la ex ASL RME hanno adottato il Piano annuale di Risk Management (PARM) per l'anno 2015, rispettivamente con Deliberazione n. 178/CS del 30.03.2015 e Deliberazione n. 405 del 29.05.2015;

VISTA la nota prot. n. 77838/2016 del 22/7/2016 con cui la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management ha trasmesso "Elaborazione e adozione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016";

CHE con deliberazione della ASL Roma 1 n° 812 del 14/09/2016 è stato adottato il Piano Annuale di Risk Management (PARM 2016);

VISTA la nota prot. n. 12880/2017 del 01/02/2017 con cui la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management ha trasmesso "Elaborazione e adozione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2017" con l'indicazione di consolidare i risultati ottenuti nel 2016;

TENUTO CONTO che con la suddetta, la Regione Lazio ha ritenuto opportuno consolidare i risultati ottenuti nel 2016 fornendo nuove linee guida approvate con DCA U00328/2016:

CONSIDERATO quindi necessario adottare il Piano Annuale Risk Management (PARM) per l'anno 2017, allegato e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

CHE l'adozione del presente atto produce costi finanziari utilizzando fondi derivanti dagli Obiettivi di Piano, in via di assegnazione;

ATTESTATO che il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

M

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

**PROPONE**

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di adottare il Piano Annuale di Risk Management (PARM) – anno 2017, allegato e parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di attestare che l'adozione del presente atto non produce costi finanziari utilizzando fondi derivanti dagli OBIETTIVI DI Piano, in via di assegnazione;
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio online aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69.

Il Responsabile del procedimento

(Dott. Aldebrando Bossi)

Il Direttore della UOC Sicurezza
Prevenzione e Risk Management)

(Dr.ssa Maddalena Quintili)

Il Direttore di Area di Direzione Aziendale

(Dott. Carlo Saitto)

IL DIRETTORE GENERALE

IN VIRTÙ dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii;
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii;

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00250 del 23.11.2016;

LETTA la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità in frontespizio indicata;

PRESO ATTO che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

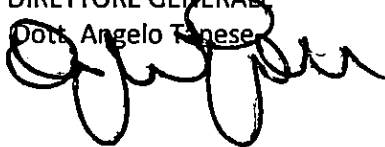
DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione avente per oggetto "Adozione del Piano Annuale Risk Management (PARM) – anno 2017" e conseguentemente, per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di adottare il Piano Annuale di Risk Management (PARM) – anno 2017, allegato e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di attestare che l'adozione del presente atto non produce costi finanziari utilizzando fondi derivanti dagli Obiettivi di Piano, in via di assegnazione;
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio online aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69.

Il Direttore della Struttura proponente provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organismi rispettivamente interessati.

Il DIRETTORE GENERALE
Dott. Angelo Tognese



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

INDICE

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------|------|----|
| 1. PREMESSA | pag. | 2 |
| <i>1.1. Contesto organizzativo</i> | pag. | 2 |
| <i>1.2. Descrizione degli eventuali sinistri dell'ultimo triennio</i> | pag. | 6 |
| <i>1.3. Descrizione della posizione assicurativa</i> | pag. | 7 |
| <i>1.4. Resoconto delle attività del PARM precedente</i> | pag. | 8 |
| 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM | pag. | 10 |
| 3. OBIETTIVI | pag. | 10 |
| 4. ATTIVITÀ | pag. | 10 |
| 5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM | pag. | 13 |
| 6. RIFERIMENTI NORMATIVI | pag. | 13 |
| 7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA | pag. | 14 |





I. PREMESSA

1.1 Contesto organizzativo

Il 1° gennaio 2016 è nato un nuovo soggetto giuridico pubblico denominato ASL ROMA I, dovuto alla fusione tra la ASL ROMA A e la ASL ROMA E, che dal 1° gennaio 2015 aveva già incorporato l'Azienda Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri.

La ASL ROMA I è quindi l'esito di un percorso di trasformazione in un'unica realtà di tre Aziende Sanitarie, in attuazione dei programmi operativi 2013 – 2015 approvati con DCA 412 del 26.11.2014, "riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", e come tale vede esplicitata la propria politica attraverso l'Atto Aziendale approvato con DCA n. U00347, del 7 novembre 2016.

Tale trasformazione, realizzatasi già lo scorso anno entro i termini previsti, ha coinciso con l'elaborazione di un unico PARM, attivando di fatto, un percorso condiviso con il coinvolgimento di diverse funzioni aziendali, rivolto a tutti gli operatori per consolidare il percorso di cambiamento in grado di garantire un più elevato livello qualitativo di cure prestate agli utenti.

Definiamo il rischio clinico come la "probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile anche se in modo involontario, alle cure prestate durante il periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (KOHN, IOM-INSTITUTE OF MEDICINE 1999).

La sicurezza dei pazienti nel percorso di diagnosi, cura e riabilitazione, costituisce un punto critico per tutti i sistemi sanitari e richiede un particolare impegno nella definizione delle politiche e delle strategie da mettere in atto.

Nella stesura del PARM 2017, in linea con quanto elaborato nei precedenti piani di gestione del rischio, si è scelto un approccio sistemico, in grado di comprendere lo studio degli errori, l'identificazione e il controllo dei fattori che possono favorire o determinare un danno per il paziente e la definizione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti.

Il problema della sicurezza ha un forte impatto sulla qualità delle cure e sulla fiducia dei cittadini nei confronti del Sistema Sanitario Nazionale e deve essere affrontato con la partecipazione attiva di tutte le componenti in particolare di cittadini, pazienti e famigliari per riuscire ad ottenere un miglioramento del clima organizzativo e favorire da parte degli utenti un utilizzo più corretto e consapevole dei servizi sanitari, soprattutto in questa fase di ampliamento delle dimensioni territoriali dell'Azienda e alla conseguente complessità dei processi assistenziali.

La superficie totale della ASL ROMA I è di 524,0 km² pari a 40,8% della superficie complessiva del Comune di Roma.

La popolazione della ASL ROMA I è di circa 1.046.862 pari a 36,4% della popolazione complessiva residente nel Comune di Roma (dati 2014).

La densità abitativa è pari a 1997,8 ab/km², significativamente al di sopra di quella regionale che è di (332 ab/ km²) e nazionale (196 ab/ km²).

La popolazione over 65 è pari al 22,4% del totale (valore in linea con il dato Regionale e Nazionale).





Il territorio della ASL ROMA I è connotato da una forte presenza turistica e commerciale con impatto sul potenziale bacino di pazienti di competenza dell'azienda.

In base ai fattori demografici, economici ed epidemiologici, il sistema sanitario deve confrontarsi e dare risposte ad una popolazione di utenti con caratteristiche differenti rispetto al passato, che si configurano pertanto in nuove tipologie di pazienti.

In particolare, il quadro di morbilità si sta modificando e non influenza solo gli aspetti economici ma richiede un cambiamento di Clinical Governance.


I Presidi ospedalieri direttamente gestiti dall'azienda sono l'Ospedale S. Filippo Neri, L'Ospedale S. Spirito, l'Ospedale Monospecialistico Oftalmico - Centro di riferimento Regionale. Attività in regime di ricovero diurno sono inoltre presenti presso il Nuovo Regina Margherita, il centro per la salute della Donna S. Anna e il Presidio S. Andrea di via Cassia.

Con un totale di 790 posti letto, di cui 681 posti letto ordinari e 109 di Day Hospital/Day Surgery, ripartiti secondo la seguente tabella.

Tabella 1 – Dati di attività aggregati a livello aziendale

| DATI STRUTTURALI ¹ | | | |
|-------------------------------------------------------|------------|------------------------------|-----------|
| Estensione territoriale | 524,0 km/q | Popolazione residente | 1.046.862 |
| Distretti Sanitari | 6 | Presidi Ospedalieri Pubblici | 5 |
| Posti letto ordinari | 681 | Medicina | 2 |
| Posti letto diurni (DH+DS) | 109 | Chirurgia | 2 |
| Blocchi Operatori | 7 | Cardiologia | 2 |
| Sale Operatorie | 31 | Chir. Maxillo facciale | 1 |
| Terapie Intensive | 2 | Chir. Vascolare | 2 |
| Terapie Intensive p.l. | 30 | Ortopedia | 2 |
| DS multi specialistico | 3 | Ginecologia e Ostetricia | 2 |
| DH multi specialistico | 3 | Geriatria * | 1 |
| | | Psichiatria | 2 |
| | | Nefrologia | 1 |
| | | ORL | 1 |
| | | Urologia | 2 |
| | | Breve Osservazione | 2 |
| | | Recupero e Riabilitazione | 2 |
| | | Pneumologia | 1 |
| | | Neurologia | 1 |
| | | Neurochirurgia | 1 |
| | | Oculistica | 1 |
| | | Oncologia | 1 |
| | | Gastroenterologia | 1 |
| | | Neonatologia ** | 2 |
| | | UTIC | 2 |
| * i posti letto sono stati disattivati ad aprile 2016 | | | |
| ** attivazione da settembre 2016 | | | |

¹ Fonte modelli NSIS anno 2016.



DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------|---------------|
| Ricoveri ordinari | 22.043*** | Ricoveri diurni | 7651*** |
| Accessi PS | 105.705*** | Neonati o parti | 1473*** |
| Branche specialistiche | | Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici | 1.383.720**** |
| 05 Chir. Vascolare - Angiologia | | | |
| 08 Cardiologia | | | |
| 09 Chir. Generale | | | |
| 12 Chir. Plastica | | | |
| 15 Medicina Sportiva | | | |
| 19 Endocrinologia | | | |
| 29 Nefrologia | | | |
| 30 Neurochirurgia | | | |
| 32 Neurologia | | | |
| 34 Oculistica | | | |
| 35 Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo facciale | | | |
| 36 Ortopedia e Traumatologia | | | |
| 37 Ostetricia e Ginecologia | | | |
| 37 Otorinolaringoiatria | | | |
| 40 Psichiatria | | | |
| 43 Urologia | | | |
| 52 Dermosifilopatia | | | |
| 56 Medicina Fisica e Riabilitazione | | | |
| 58 Gastroenterologia - Chirurgia Endoscopica Digestiva | | | |
| 61 Diagnostica Immagini - Medicina Nucleare | | | |
| 64 Oncologia | | | |
| 68 Pneumologia | | | |
| 69 Diagnostica Immagini - Radiologia Diagnostica | | | |
| 70 Radioterapia | | | |
| 79 Risonanza Magnetica | | | |
| 80 Chirurgia Speciale | | | |
| 82 Anestesia | | | |
| 99 Altro | | | |
| *** Fonte: archivio SIO gen/dic 2016 (manca il 13° mese); archivio SIES definitivo 2016 | | | |
| **** Fonte: archivio SIAS pubblici | | | |

M

DU

JNR

Tabella 2 – Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero

| DATI DI ATTIVITA' P.O. San Filippo Neri | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------|-----------------------|
| | | U.O. | p. l. ordinari |
| Posti letto ordinari n. | 421 | Medicina | 64 |
| Posti Letto DH n. | 31 | Chirurgia generale | 39 |
| Posti Letto DS n. | 15 | Cardiologia | 41 |
| Terapia Intensiva n. p.l. | 20 | Chir. Maxillo facciale | 6 |
| UTIC n. p.l. | 8 | Chir. Vascolare | 16 |
| Breve Osservazione n. p.l. | 18 | Geriatra** | 7 |
| Servizio Trasfusionali | 1 | Neurochirurgia | 16 |
| Numero Blocchi Operatori | 4 | Neurologia | 16 |
| N. Sale Operatorie | 13 | Ortopedia | 25 |
| Numero ricoveri ordinari* | 14.613 | Ginecologia e Ostetricia | 20 |
| Numero ricoveri diurni* | 3.812 | Otorinolaringoiatria | 5 |
| Numero accessi PS* | 30.735 | Psichiatria | 12 |
| Numero neonati o parti* | 810 | Urologia | 14 |
| * Fonte: archivio SIO gen/dic 2016 (manca il 13° mese); archivio SIES definitivo 2016 | | Recupero e Riabilitazione | 46 |
| ** posti letto disattivati ad aprile 2016 | | Gastroenterologia | 16 |
| | | Neonatologia | 8 |
| | | Oncologia | 9 |
| | | Pneumologia | 15 |

| DATI DI ATTIVITA' P.O. Santo Spirito | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------|-----------------------|
| | | U.O. | p. l. ordinari |
| Posti letto ordinari n. | 252 | Medicina | 48 |
| Posti Letto DH n. | 33 | Chirurgia generale | 33 |
| Posti Letto DS n. | 11 | Cardiologia | 17 |
| Terapia Intensiva n. p. l. | 10 | Chirurgia Vascolare | 2 |
| UTIC n. p. l. | 7 | Ortopedia | 34 |
| Breve Osservazione n. p. l. | 12 | Ginecologia e Ostetricia | 16 |
| Servizi Trasfusionali | 1 | Psichiatria | 16 |
| Numero Blocchi Operatori | 1 | Urologia | 6 |
| N. Sale Operatorie | 5 | Recupero e Riabilitazione | 49 |
| Numero ricoveri ordinari* | 6.983 | Neonatologia** | 2 |
| Numero ricoveri diurni* | 1.357 | | |
| Numero accessi PS* | 37.826 | | |
| Numero neonati o parti* | 663 | | |
| * Fonte: archivio SIO gen/dic 2016 (manca il 13° mese); archivio SIES definitivo 2016 | | | |
| ** attivazione del p.l. da settembre 2016 | | | |





DATI DI ATTIVITA' P.O. Oftalmico

| | | U.O. | p. l. ordinari |
|---------------------------|--------|------------|----------------|
| Posti letto ordinari | 8 | Oculistica | 8 |
| Posti Letto DH/DS | 5 | | |
| Numero Blocchi Operatori | 1 | | |
| N. Sale Operatorie | 4 | | |
| Numero ricoveri ordinari* | 444 | | |
| Numero ricoveri diurni* | 1.161 | | |
| Numero accessi PS* | 37.143 | | |

* Fonte: archivio SIO gen/dic 2016 (manca il 13° mese); archivio SIES definitivo 2016

DATI DI ATTIVITA' P.O. S. Anna

| | | | |
|--------------------------|-----|--|--|
| Posti letto ordinari | 0 | | |
| Posti Letto DS | 4 | | |
| Numero Blocchi Operatori | 1 | | |
| N. Sale Operatorie | 2 | | |
| Numero ricoveri ordinari | 0 | | |
| Numero ricoveri diurni* | 389 | | |
| Numero accessi PS | 0 | | |

* Fonte: archivio SIO gen/dic 2016 (manca il 13° mese); archivio SIES definitivo 2016

DATI DI ATTIVITA' P.O. Nuovo Regina Margherita

| | | | |
|--------------------------|-----|--|--|
| Posti letto ordinari | 0 | | |
| Posti Letto DH/DS | 10 | | |
| Numero Blocchi Operatori | 1 | | |
| N. Sale Operatorie | 3 | | |
| Numero ricoveri ordinari | 0 | | |
| Numero ricoveri diurni* | 932 | | |
| Numero accessi PS | 0 | | |

* Fonte: archivio SIO gen/dic 2016 (manca il 13° mese); archivio SIES definitivo 2016

1.2 Descrizione degli eventi/sinistri nell'ultimo triennio

| Anno | N. Sinistri | N. Eventi Avversi | N. Eventi Sentinella |
|--------|-------------|-------------------|----------------------|
| 2014* | 161 | 162 | 25 |
| 2015* | 158 | 206 | 27 |
| 2016** | 99 | 175 | 21 |

* cumulativo dei sinistri, degli EA e ES della ex RMA, ex RME e ACO SFN.

** ASL ROMA 1





1.3 Descrizione della posizione assicurativa ASL ROMA I

| ASL ROMA I | | | | | |
|------------|-------------------|----------------|--------|------------|-------------|
| Anno | Polizza | Compagnia Ass. | Premio | Franchigia | Brokeraggio |
| 2016 | Autoassicurazione | | | | |

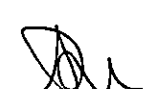
Descrizione delle posizioni assicurative di Ex ASL RMA, Ex ASL RME e ACO S. Filippo Neri

| Ex RMA | | | | | |
|--------|-------------------|----------------|--------|------------|-------------|
| Anno | Polizza | Compagnia Ass. | Premio | Franchigia | Brokeraggio |
| 2014 | Autoassicurazione | | | | |
| 2015 | Autoassicurazione | | | | |

| Ex RME | | | | | |
|--------|--------------|----------------|--------------|------------|-------------|
| Anno | Polizza | Compagnia Ass. | Premio | Franchigia | Brokeraggio |
| 2014 | INC000010012 | Lig Insurance | 1.497.224,00 | 180.000,00 | Contect |
| 2015 | INC000010012 | Lig Insurance | -- | 180.000,00 | Contect |

| San Filippo Neri | | | | | |
|------------------|--------------|----------------|----------------|------------|---------------|
| Anno | Polizza | Compagnia Ass. | Premio | Franchigia | Brokeraggio |
| 2014 | ITOMMI100638 | AM TRUST | 2.212.448,00 + | 450.000,00 | WILL'S ITALIA |
| 2015 | ITOMMI100638 | AM TRUST | -- | 500.000,00 | WILL'S ITALIA |

m




1.4 Resoconto delle attività del PARM precedente:

| OBIETTIVO 1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
| ATTIVITA' 1: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di gestione del Rischio Clinico" per tutti gli operatori sanitari | SI | 1) Percorsi di cura, integrazione tra professionisti con il case management; responsabilità professionale e rischio clinico nel DSM 2) Incontro formativo con TSRMEE e Disabili Adulti su: a) rischio di aggressione; b) difficoltà di gestione clinica degli ospiti nei soggiorni estivi. 3) Incontri formativi su: Rischio Clinico e consenso informato in Radioterapia |
| ATTIVITA' 2: Formazione dei Facilitatori per il Rischio Clinico: Corso di I livello e Corso di II livello | SI | Sono stati identificati e formati come facilitatori per il rischio N° 104 Dirigenti Medici e N° 155 componenti del comparto per un totale di 7 edizioni formative ciascuna divisa in due moduli-base e avanzato. I corsi di formazione si sono conclusi il giorno 03/11/2016. Inoltre nei mesi di maggio e giugno 2016 sono stati formati n° 39 Dirigenti Medici e N° 69 componenti del comparto sulla metodica Safety Walk Around per un totale di 4 edizioni formative. |
| ATTIVITA' 3: effettuazione del SWR in aree ritenute critiche sulla base delle segnalazioni ricevute e dei sinistri occorsi | SI | Effettuato un SWR come progetto pilota in due UO dei due Presidi Ospedalieri della Asl Roma I ed è in corso un ulteriore SWR in altre due UO. |
| OBIETTIVO 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 | Realizzata | Stato di attuazione |
| ATTIVITA' 1: esecuzione di audit clinico da parte delle UOC Aziendali | SI | Premesso che tale attività è legata al budget delle UU.OO. per il 2016, sono stati effettuati da parte delle UOC aziendali e con il supporto del gruppo RM aziendale, con relativa raccolta degli alert report, n. 19 audit GRC |




| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ATTIVITA' 2: completamento percorso di recepimento delle raccomandazioni ministeriali e monitoraggio stato di attuazione degli obiettivi di rischio clinico aziendale | SI | Pubblicazione delle deliberazioni aziendali ASL Roma I n° 294 del 12/04/2016 recepimento delle raccomandazioni ministeriali n° 1-2-3-4-5-6-7-8-13 e n° 932 del 02/11/2016 recepimento delle raccomandazioni ministeriali n° 9-10-11-12-15-16-17. Per quanto riguarda la raccomandazione ministeriale n° 14 "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici" si è deciso di non recepirlo come unico percorso terapeutico chemioterapico, ma di lasciare al momento i 2 percorsi recepiti a dicembre 2015 come ex ASL Roma E ed ex ASL Roma A, in attesa che l'Atto Aziendale sciogla il nodo del centro unico di preparazione delle terapie antineoplastiche. |
| ATTIVITA' 3: effettuazione del SWR in aree ritenute critiche sulla base delle segnalazioni ricevute e dei sinistri occorsi | SI | Vedi attività n. 3 dell'obiettivo n. 1 |

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

| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ATTIVITA' 1: creazione di una visione unitaria della sicurezza che integri tutela del paziente, degli operatori e delle strutture: Prima fase = valutazione e verifica degli interventi formativi realizzati negli ultimi anni presso la ex ASL RMA e la ex ASL RME; predisposizione di un piano integrato e condiviso di intervento per il superamento delle difformità di formazione dei dipendenti; attivazione di corsi di formazione/aggiornamento per i dipendenti sia in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro ex D.Lgs 81/08, sia sulla gestione del rischio clinico e sulle procedure di implementazione delle raccomandazioni ministeriali; verifica dello stato di applicazione delle procedure di implementazione delle raccomandazioni ministeriali tramite l'attivazione degli audit. | SI | Attivazione di un Corso in e-learning su: "La formazione generale dei lavoratori" della durata di 4 (quattro) ore, rivolto a tutto il personale dipendente (D.Lgs 81/08). Formazione sulle tematiche delle raccomandazioni ministeriali: <ol style="list-style-type: none"> 1) I fattori di rischio nel contesto dell'ambito chirurgico-aspetti organizzativi di prevenzione. 2) Errori in terapia: cosa fare per non sbagliare. 3) Linee di indirizzo socio-assistenziali per la prevenzione delle cadute accidentali nelle strutture sanitarie. 4) Riconoscimento e gestione dell'aggressività contro gli operatori sanitari. |

M




2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

| Azione | Risk Manager | 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 |

3. OBIETTIVI

Il piano annuale di Risk Management (PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi.

L'Azienda, con la figura del Risk Manager e attraverso le politiche di Risk Management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, quali Direttori Responsabili UU.OO.CC. e UU.OO.SD., Direttore Sanitario di Presidio, Direttori di Distretti e tutti gli operatori, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio.

Le attività che si realizzano anche attraverso il PARM concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

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. ATTIVITÀ

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo n. 1 si ritiene opportuno svolgere le seguenti attività:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| OBIETTIVO 1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE | | |
| ATTIVITA' 1: Coinvolgimento della rete dei facilitatori formati nella Asl Roma 1 nella realizzazione di incontri formativi in seno alle UO/Service di appartenenza sulle tematiche di gestione del Rischio Clinico legate alle attività specifiche della UO/Service di riferimento | | |
| INDICATORE: Esecuzione di almeno due incontri formativi entro il 31/12/2017 | | |
| STANDARD: SI | | |
| FONTE: UOC Risk Management | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Risk manager | Facilitatori UO/Service |
| Progettazione incontro formativo | R | C |
| Esecuzione degli incontri | C | R |
| ATTIVITA' 2: L'Azienda ha aderito al Progetto Regionale, coordinato dal Policlinico Umberto I -La valutazione della Qualità della Cartella Clinica, come strumento di Risk Management (Delibera Regione Lazio N. 513659 del 28 settembre 2015), partecipando alla fase formativa ed attuando nel corso del primo trimestre del 2016, la valutazione di un campione di cartelle cliniche mediante l'applicazione della griglia di | | |

valutazione prevista e validata dal progetto regionale. Verrà dunque progettata e svolta una specifica attività formativa, rivolta ai Dirigenti medici, ai Coordinatori infermieristici ed ai Facilitatori di rischio clinico, su: "Qualità, completezza e profili di responsabilità della cartella clinica" al fine di creare e condividere una apposita griglia di valutazione dei requisiti minimi sia di qualità che di completezza della documentazione sanitaria.

INDICATORE: Esecuzione di almeno due edizioni entro il 31/12/2017

STANDARD: SI

FONTE: UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Risk manager | Formazione |
|-------------------------------|--------------|------------|
| Progettazione corso formativo | R | C |
| Organizzazione corso | C | R |
| Esecuzione corso | R | C |

Al fine del raggiungimento degli obiettivi n. 1, 2 e 3 si ritiene opportuno svolgere le seguenti attività:

OBIETTIVO 1-2-3.

ATTIVITÀ' 1: prosecuzione attività del SWR in aree ritenute critiche sulla base delle segnalazioni ricevute e dei sinistri occorsi

INDICATORE: esecuzione di almeno un SWR nelle U.O./Servizi ove si sia verificato un evento sentinella

STANDARD: SI

FONTE: UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Risk manager | Responsabili U.O. | Facilitatori |
|----------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|--------------|
| effettuazione SWR anche con il coinvolgimento dei facilitatori | R | I | C |
| Rilevazione delle criticità | I | R | C |
| Correzione delle criticità | R | C | I |

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo n. 2 si ritiene opportuno svolgere le seguenti attività:

OBIETTIVO 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' 1: monitoraggio delle procedure aziendali, relative alle raccomandazioni ministeriali, sull'effettiva implementazione attraverso gli indicatori individuati per ciascuna procedura

INDICATORE: verifica di almeno 10 procedure su 16, relativamente agli indicatori in esse individuati.

STANDARD: SI

FONTE: UO coinvolta

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Risk manager | Responsabile UO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|
| Richiesta alle UO di comunicare i dati relativi agli indicatori di ciascuna procedura adottata | R | C |
| Raccolta dei dati così come indicati nella procedura aziendale | I | R |
| Invio dei dati alla UOC SPRM, relativi a ciascun indicatore contenuto nelle procedure adottate | I | R |
| Valutazione dei dati e attuazione delle eventuali misure correttive | R | C |

ATTIVITÀ' 2: esecuzione di audit GRC da parte delle UO/Servizi Aziendali a seguito delle segnalazioni di EA e ES

INDICATORE: produzione del report con piano di miglioramento

STANDARD: SI

FONTE: UO coinvolta

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Risk manager | Responsabile UO |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|
| Documentare le ragioni alla base della proposta dell'audit | I | R |
| Valutazione della proposta | R | I |
| Svolgimento dell'audit | C | R |
| Stesura Alert Report conclusivo con relativo piano di miglioramento e diffusione dei | I | R |

M

De

ar

| | | |
|--------------------------------------------------|---|---|
| risultati ai soggetti interessati | | |
| Valutazione delle azioni correttive da apportare | R | C |
| Implementazione delle azioni correttive | C | R |

ATTIVITÀ' 3: istituzione Gruppo Audit Clinico Aziendale finalizzato all'avvio di un processo sistematico di Audit Clinico nelle UO della Asl Roma I

INDICATORE: nomina e formazione dei componenti del Gruppo Audit Clinico Aziendale entro gennaio 2018

STANDARD: SI

FONTE: Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Risk manager | UOC Formazione |
|--------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| Individuazione dei componenti del gruppo | R | I |
| Formazione dei componenti del Gruppo Audit Clinico Aziendale | R | C |

ATTIVITÀ' 4: Adozione di un Percorso chirurgico in tutte le UO della Asl Roma I

INDICATORE: implementazione del Percorso chirurgico in tutte le UO coinvolte

STANDARD: SI

FONTE: UO coinvolta

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Risk manager | UO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----|
| Costituzione gruppi di lavoro | R | C |
| Costruzione del documento con elaborazione/revisione di checklist chirurgiche differenziate per ambiti assistenziali | I | R |
| Implementazione del percorso con relativa adozione delle checklist chirurgiche revisionate e condivise | C | R |

ATTIVITÀ' 5: Recepimento •Determina n. G12356 del 25/10/2016: Approvazione "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti" attraverso la revisione della procedura n. 13 adottata dalla Asl Roma I con determina n. 294 del 12/4/16

INDICATORE: revisione e adozione della procedura n. 13 entro 18/4/2017

STANDARD: SI

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Risk manager | UO |
|-------------------------------------|--------------|----|
| Costituzione nuovo gruppo di lavoro | R | C |
| Revisione | I | R |
| Adozione | R | C |

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo n. 3 si ritiene opportuno svolgere le seguenti attività:

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

ATTIVITÀ' 1: attivazione di corsi di formazione/aggiornamento per i dipendenti in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro ex D.Lgs 81/08

INDICATORE: Analisi del fabbisogno formativo aziendale; predisposizione dei Piani di Corsi di formazione/aggiornamento sulla sicurezza nei luoghi di lavoro.

STANDARD: SI

FONTE: UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'

| Azione | Risk Manager | UOC Formazione | Area Tecnica | UOC/UOSD |
|---------------------------------------------------------------|--------------|----------------|--------------|----------|
| 1) Piano annuale di Formazione sulla sicurezza ex D.Lgs 81/08 | R | C | C | C |
| Attivazione dei corsi di formazione / aggiornamento | C | R | I/C | C |
| Monitoraggio degli infortuni lavorativi | R | I | C | C |

M




ATTIVITÀ' 2: inserimento nel database dedicato degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali

INDICATORE: database aggiornato con i dati dell'anno in corso

STANDARD: SI

FONTE: UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

| Azione | Risk Manager | UOSA Medici Competenti | UOSA Tecnologie e Sistemi Informatici Aziendali |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|-------------------------------------------------|
| Predisposizione del database in uso nella ex Asl RM/all'utilizzo in tutta l'Asl Roma I | C | C | R |
| Alimentazione del database | I | R | — |
| Monitoraggio degli infortuni lavorativi e delle malattie professionali | C | R | — |

ATTIVITÀ' 3: Revisione della sezione aziendale di Risk management e creazione sul sito Intranet aziendale di uno Spazio di Discussione Community Risk Management

INDICATORE: attivazione della piattaforma entro il 31/12/2017

STANDARD: SI

FONTE: UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

| Azione | Risk Manager | UO/Servizi | UOSA Tecnologie e Sistemi Informatici Aziendali |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|-------------------------------------------------|
| Predisposizione della piattaforma di Discussione Community Risk Management | C | I | R |
| Alimentazione del database | I | R | — |
| Monitoraggio segnalazioni di rischio | R | C | — |

ATTIVITÀ' 4: inserimento dei sinistri sul SIMES contestualmente alla notifica all'Azienda di una richiesta di risarcimento.

INDICATORE: inserimento entro 7 gg.

STANDARD: SI

FONTE: UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

| Azione | Risk Manager | UOS Sinistri | UOC Avvocatura Aziendale |
|--------------------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|
| Inserimento del sinistro nel portale SIMES | I | R | I |

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM per il raggiungimento degli obiettivi prefissati la Direzione aziendale assicura la singola diffusione attraverso:

- ✓ Presentazione del piano all'interno del Collegio di Direzione;
- ✓ Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione intranet ed internet
- ✓ Iniziative di diffusione del PARM a tutti gli operatori

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

Si riporta la normativa di riferimento e la produzione scientifica (letteratura scientifica, etc.) inerenti la gestione del Rischio Clinico:

- ✓ D.Lgs 502/92.
- ✓ DPR 14/1/97.
- ✓ D.Lgs 229/99.
- ✓ D.Lgs 254/00.
- ✓ D.Lgs 81/09.







- ✓ D.M. Salute del 11/12/2009: "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES).
- ✓ Decreto del Commissario ad Acta del 29/5/13, n. U00206 "nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della regione lazio" a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, c. 1, lettera B, patto per la salute 2010-2012 elaborati dal Comitato L.E.A."
- ✓ Circolare ministeriale n. 52/1985 "lotta contro le infezioni ospedaliere".
- ✓ Circolare ministeriale n. 8/1988 "lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
- ✓ D.M. 24/7/1995 "contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel SSN" GU n. 263 del 10/11/1995".
- ✓ Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 – DPR 23/7/1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria di intervento.
- ✓ PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena.
- ✓ PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria.
- ✓ Seduta della conferenza Stato-Regioni del 20/3/2008.
- ✓ Intesa tra governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8 c. 6 della legge n. 131 del 5/6/2003.
- ✓ D.Lgs 30/12/1992 n. 502 recante: "riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge n. 421 del 23/10/1992.
- ✓ DPR del 14/1/1997 "requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".
- ✓ Libro bianco "un impegno comune per la salute: approccio strategico della UE per il periodo 2008-2013.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della salute: "Risk Management in sanità – il problema degli errori" commissione tecnica sul Rischio Clinico, D.M. del 5/3/2003.
2. WHO – world alliance for patient safety – the second global patient safety challenge 2008 "save surgery save live".
3. The new NHS: modern and dependable London: stationary office 1997.
4. Reason J., Managing the risk of organizational accidents, 1997.
5. Reason J. Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
6. Raccomandazione manuali della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della salute: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
7. Ministero della salute: protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella luglio 2009: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
8. ISO norme 9001:2000 – e – Joint Commission.
9. AHRQ quality indicators: guide to patient safety indicators: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
10. Risoluzione del Parlamento europeo del 19 maggio 2015 su un'assistenza sanitaria più sicura in Europa: migliorare la sicurezza del paziente e combattere la resistenza antimicrobica (2014/2207(INI)).

M

D

J