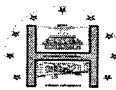
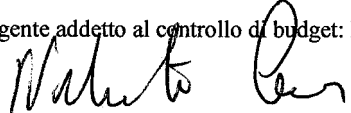
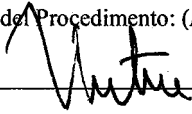
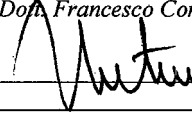


**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO - FORLANINI**



Sede Legale: Piazza C. Forlanini, 1 – 00151 Roma
C.F. e P.I. 04733051009

ORDINANZA N. 0006 DEL 30 MAG. 2014

Struttura proponente: DIREZIONE SANITARIA		Centro di Costo: DSDG00999S
Codice settore proponente: DSDG <u>0023-14</u>		
Oggetto: Approvazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) – anno 2014.		
L'estensore (nome cognome)	IL DIRETTORE GENERALE Dott. Antonio D'Urso 	
Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico/investimento negoziato.		
"Preso Visione"		
Voce del conto economico/investimento su cui si imputa l'importo: _____		
Visto del Dirigente addetto al controllo di budget: Direttore U.O.C. Controllo di Gestione: Dott. Norberto Cau		
Firma 	Data <u>30.5.14</u>	
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 ed è utile per il servizio pubblico.		
Responsabile del Procedimento: (Dott. Francesco Cortese)		
Firma 	Data <u>30 MAG 2014</u>	
Il Dirigente: (Dott. Francesco Cortese)		
Firma 	Data <u>30 MAG. 2014</u>	

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00116 del 16 aprile 2014 pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 34 del 29 aprile 2014;
- VISTA** la propria ordinanza n. 1 del 19 maggio 2014;
- VISTI**
- il D.Lgs. 30 Dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 Ottobre 1992 n. 421";
 - la L.R. 16 Giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante " Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";
 - l'Atto Aziendale di diritto privato dell'Azienda, adottato con Deliberazione n. 904 del 19 Maggio 2006;
- VISTI**
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00206 del 28 Maggio 2013, "Nuovo Atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio";
 - il Decreto del Commissario ad Acta n.U00480 del 6 Dicembre 2013, "Definitiva adozione dei Programmi operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", per quanto riguarda in particolare il Programma 18, "Sicurezza e Rischio Clinico";
 - la Determinazione della Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - n. G04112 del 1° Aprile 2014 di 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)";
 - il Decreto del Commissario ad Acta n. U00148 del 29 Aprile 2014: "Definizione, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs.30 Dicembre 1992, n. 502, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2014";
- TENUTO CONTO** che tale ultimo Decreto ha inserito tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali, alcuni di appropriatezza, qualità ed esito delle cure ed ha approvato, tra l'altro, l'Allegato B, denominato "*Scheda Obiettivi*", nel quale sono indicati, per ciascuna struttura sanitaria, gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali, ivi compresi gli indicatori, i pesi, i risultati attesi, nonché la procedura da

osservare e le Aree della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria preposte alla valutazione degli obiettivi assegnati”;

RILEVATO

- che il primo obiettivo assegnato nell'ambito del Risk Management alla Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini è l'adozione ed attuazione del Piano annuale per la gestione del Rischio Clinico, denominato PARM, in conformità alle Linee Guida Regionali adottate con Determinazione della Regione Lazio n. G04112 del 1° Aprile 2014;
- che l'indicatore di riferimento è l'adozione del PARM entro il 31 Maggio c.a., e il raggiungimento nel 2014 di almeno il 50% degli obiettivi contenuti nel Piano;

DATO ATTO

- che con Deliberazione n. 104 del 30 Gennaio 2014 è stato nominato il Risk Manager Aziendale;
- che è stato predisposto il “Piano annuale per la gestione del Risk Management (PARM) – anno 2014”, allegato alla presente quale parte integrante;

VERIFICATO

che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;

PRESO ATTO

che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

DISPONE

Di adottare la proposta di ordinanza di cui sopra e conseguentemente:

- Di approvare l'allegato “Piano Annuale di Risk Management (PARM) – anno 2014” che forma parte integrante del presente atto.

La presente ordinanza si compone di n. 16 pagine di cui n. 12 pagine di allegati nei termini indicati.

Il presente provvedimento sarà affisso all'Albo dell'Azienda per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Antonio D'Urso)

PIANO ANNUALE di RISK MANAGEMENT (PARM)

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

Anno 2014

INDICE	Pag.
PREMESSA	2
a. Contesto organizzativo	2
b. Descrizione degli eventi/sinistri nell'ultimo triennio	3
c. Descrizione della posizione assicurativa	3
d. Comitato Valutazione Sinistri	3
SCOPO	4
OBIETTIVI STRATEGICI	5
STRUMENTI	5
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	7
AZIONI	8
DIFFUSIONE	9
INDICATORI	9

PREMESSA

1. Contesto organizzativo

Il contesto organizzativo nel quale si svolge l'attività assistenziale dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini è il seguente (dati riferiti all'anno 2013):

STRUTTURA	N. Edifici: 25	Mq di superficie: 331.921
	N. Articolazioni territoriali : 2 Presidi ospedalieri	Sedi periferiche: NO
RISORSE UMANE	N. dipendenti: 4150	
ORGANIZZAZIONE	N. Posti letto: Ordinari 847 di cui : Chirurgia n.° 345 Medicina 485 SPDC 17 DH/DS 167 Riabilitazione 18 Culle 35	
	N. prestazioni ambulatoriali: 1.600.049	
	N. branche specialistiche: 29	
	N. terapie intensive e UTIC: 6 TT.II. + 1 UTIC	posti letto n.° 47+7 UTIC
	N. DAI n.° 9	
DEA	N. Tot. accessi PS 87.939	
	HUB delle seguenti Reti assistenziali specialistiche della Regione Lazio: • R. Trauma e Neurotrauma (ex DCA 76/2010) • R. Ictus cerebrale acuto (ex DCA 75/2010) • R dell'emergenza (ex DCA 73/2010) • R. oncologica (ex DCA 59/2010) • R. Perinatale (ex DCA 56/2010) • R. Cardiologica e Cardiochirurgica: (ex DCA 74/2010) • C. Rif. Macro Area 3 Maxillo Facciale: (ex DCA 78/2010)	
CHIRURGIA	N. Blocchi operatori: 8 + B.O. Trapianti POIT c/o INMI N. interventi chirurgici: 23.619	
OSTETRICIA	N. Parti /anno 2013: 3090	gravidanze a rischio n.°870
CHIRURGIA DEI TRAPIANTI L'Azienda è sede del Centro regionale per il trapianto di cuore. Presso l'INMI Spallanzani è presente il Centro trapianti interaziendale POIT, che esegue trapianti di fegato, rene, rene da vivente e rene/pancreas. L'Ematologia esegue trapianti di staminali midollari. La U.O. di Oculistica esegue trapianti di cornea. A cura del Coordinamento locale Donazioni vengono prelevati organi solidi e cornee		
SERVIZIO TRASFUSIONALE E' presente il Servizio Trasfusionale, con le seguenti linee di attività: produzione di emocomponenti standard; produzione ed applicazione di emocomponenti per uso topico; raccolta e manipolazione di cellule staminali (CSE); Plasmaferesi; Eritroafesi; Aferesi terapeutica e Medicina trasfusionale per le UU.OO aziendali e le Strutture esterne afferenti/convenzionate		

2. DESCRIZIONE DEGLI EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO TRIENNIO

Anno	N. Eventi Avversi	N. Eventi Sentinella	N. Sinistri
2011	19	0	159
2012	261	1	117
2013	245	5	148

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza e rel. scadenza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio*
2011	2106/32/1019 scad.28/2/12	Cattolica	4.496.000,00	0	A.O.N. Spa
2012	2106/32/1019 scad.28/2/12	Cattolica	749.333,33	0	A.O.N. Spa
2013	autoassicurazione	-	-	-	A.O.N. Spa*

* Termine di scadenza 28/2/2014.

4. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

- ☐ Composizione: 2 Medici legali, 3 avvocati, 2 amministrativi.
- ☐ Anno di istituzione: 11/6/2012, Deliberazione D.G. n.°671. Nuova costituzione con Deliberazione D.G. del 27/1/2014, n.° 103.
- ☐ Numero di casi istruiti

Anno	Numero casi istruiti
2011	0
2012	95
2013	148

SCOPO

Il piano annuale di risk management (PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. L'Azienda, con la figura del Risk Manager e attraverso le politiche di risk management ed i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

I progetti operativi hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni per la relativa adozione di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi presi in esame.

Il PARM è quindi uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro. L'ottica è quella di diminuire le potenzialità di errore attivo e del sistema organizzativo dato, nonché di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie.

Il PARM si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, di analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema. Il ruolo di promozione attiva del risk manager assume quindi, sempre più, una specifica caratterizzazione funzionale, alle dirette dipendenze della Direzione strategica aziendale.

La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

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

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

Le attività che si realizzano attraverso il PARM fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione e l'aggiornamento del PARM.

OBIETTIVI STRATEGICI

Nel recepire le linee guida regionali per la stesura del PARM ed in coerenza con la Mission aziendale sono stati identificati per l'anno 2014 i seguenti obiettivi strategici:

- ☐ Creare e diffondere la “cultura della sicurezza” e la “cultura organizzativa” con la conoscenza e la condivisione dei valori e dell’impegno professionale da parte degli operatori;
- ☐ Creare e aggiornare la mappa dei rischi;
- ☐ Migliorare l’appropriatezza clinico-assistenziale ed organizzativa;
- ☐ Favorire la comunicazione tra professionisti in un’ottica di sistema;
- ☐ Promuovere interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo alle infezioni correlate all’assistenza;
- ☐ Promuovere interventi mirati al contenimento dei sinistri;
- ☐ Favorire la visione unitaria dei vari sistemi di sicurezza aziendale attraverso il monitoraggio coordinato e continuativo delle varie funzioni aziendali, con particolare riguardo verso la sicurezza dei pazienti, degli operatori e delle tecnologie/apparecchiature;
- ☐ Facilitare i processi di integrazione tra Risk Manager, Affari Generali e/o Legali e Medicina Legale ai fini della gestione della sinistrosità.
- ☐ Contribuire alla promozione dell’ appropriatezza gestionale nell’allocazione delle risorse economiche aziendali;
- ☐ Contribuire all’ integrazione tra le diverse articolazioni aziendali coinvolte nei processi di governo clinico.

STRUMENTI

Al fine del raggiungimento degli obiettivi l’attivazione del PARM prevede vari strumenti. Accanto a quelli pertinenti la *mission* essenziale del risk manager relativa alla gestione del rischio clinico, ne sono menzionati a seguire altri, di correlazione con unità operative aziendali diverse, preposte ad altri ambiti, ma per i quali l’instaurarsi di una rete virtuosa di *reporting* condiviso delle criticità e di sinergica messa a punto di piani d’azione può massimizzare l’efficacia delle azioni correttive attuate. Gli strumenti che saranno adottati sono:

- ☐ **L’ Unità operativa Aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico**, la quale, nelle more della deliberazione del nuovo Atto aziendale, che perfezionerà la rispondenza alla Determina regionale N.° G01424 del 10/02/2014, è già attualmente collocata alle dirette dipendenze della Direzione Strategica Aziendale, ed opera su suo specifico mandato, con

l'organigramma di seguito riportato:

- Risk manager: (ex D.G. n.°104 del 31/1/2014) Dr.ssa Livia Di Bernardo, Dirigente medico di 1° livello, titolare di incarico di alta specialità, afferente alla Direzione Sanitaria aziendale.
- n.° 1 medico a contratto di collaborazione coordinata continuativa, parzialmente dedicato, nell'ambito delle attività svolte presso la Direzione Sanitaria Aziendale.
- n.° 2 infermieri collaboratori, assegnati a tempo pieno all' unità operativa.
- il supporto amministrativo della Segreteria della Direzione Sanitaria aziendale.

L'attività formativa e di auditing si svolge in collaborazione con l' U.O.C. "Formazione e aggiornamento. Sviluppo risorse umane", che si occupa anche degli strumenti del governo clinico, facente capo alla Direzione Sanitaria aziendale.

Saranno stipulate Convenzioni con Università e Master di Perfezionamento, al fine di poter inserire nelle attività anche studenti e specializzandi/ stagisti.

- ☐ **La partecipazione del Risk Manager, quale componente effettivo, al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA),** come già disposto con nota del Direttore Sanitario aziendale prot. n.° 2395 del 28.02.2014, in corso di deliberazione. Il CC-ICA prevede modalità operative in coerenza con il documento prodotto dal Gruppo di lavoro regionale.
- ☐ **La partecipazione del Risk Manager al CVS,** in corso di deliberazione e nell'ambito dell'attività integrata della UOC Governo Clinico e del Risk Management. Il CVS è stato istituito con deliberazione del D.G n.° 103 del 27/1/2014, e prevede modalità operative in coerenza con la procedura aziendale.
- ☐ **La partecipazione del Risk Manager alle valutazioni di Health Technology Assessment.**
- ☐ **La mappatura dei rischi mediante i seguenti strumenti:**
 - analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting o altre modalità di comunicazione;
 - processo interno di auditing;
 - indicatori ottenuti tramite le SDO, e l'elaborazione dei dati aziendali mediante software epidemiologici;
 - analisi dei Reclami, in collaborazione con l'URP aziendale;
 - analisi del Contenzioso, in correlazione con il Comitato Valutazione Sinistri;
 - analisi del fenomeno infortunistico, in collaborazione con l'SPP aziendale;
 - monitoraggio delle cartelle cliniche e degli altri strumenti dei sistemi informativi ospedalieri (schede di PO, Lista Attesa, sistemi di refertazione), al fine di verificare l'appropriatezza clinica e organizzativa.

- ☐ **Corsi di informazione/formazione degli operatori mirati alla diffusione della cultura della sicurezza**, all'apprendimento ed all'applicazione degli strumenti e tecniche di gestione del rischio (check list, schede cliniche integrate, procedure).
- ☐ **Monitoraggio degli Eventi Sentinella secondo il Protocollo Ministeriale** ed alimentazione dei flussi SIMES secondo le modalità e le tempistiche previste per l'invio delle schede A e B.
- ☐ **Monitoraggio dei dati riguardanti i sinistri e dell'alimentazione dei flussi SIMES** secondo le modalità e le tempistiche previste dalle Linee di Indirizzo regionali, che è condotta dal Comitato aziendale Valutazione Sinistri.
- ☐ **Svolgimento delle attività nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.)** come da procedura aziendale, e coerente con le indicazioni delle Linee di Indirizzo regionale.
- ☐ **Introduzione sistematica di attività di "Internal Auditing"** con coinvolgimento diretto dei professionisti in un percorso di identificazione, rimozione e/o segnalazione dei rischi.
- ☐ **Adesione alle Buone Pratiche ed ai protocolli/procedure o linee guida** prodotte a livello aziendale e/o regionale.
- ☐ **Introduzione sistematica dell'autovalutazione della completezza e correttezza della cartella clinica** mediante griglia di valutazione aziendale.
- ☐ **Attività di informazione ai cittadini e caregivers** su tutte le attività intraprese nell'Azienda per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure, in collaborazione con l'URP, anche attraverso la Rete della Solidarietà, costituita con i soggetti del volontariato che operano in Azienda.
- ☐ **Creazione di una rete di Referenti in materia di gestione del rischio clinico**, appositamente individuati e formati, per facilitare il percorso di condivisione a tutti i livelli, e le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi stabiliti.
- ☐ **Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali** in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità:

- ☐ quella del Risk Manager che redige e promuove lo stesso tenendo in debito conto le linee guida regionali ed aziendali in materia di risk management;
- ☐ quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a fornire direttive (piano di *budgeting*, valutazione di *performance*, definizione di specifici progetti aziendali), e risorse, a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARM.

Azione	Direttore Generale	Direttore Sanitario aziendale	Risk Manager	CC-ICA	CVS	Avvocatura/gestione assicurativa
Redazione PARM	I	C	R	C	C	C
Adozione PARM con delibera	R	I	I	I	I	I
Coordinamento PARM	I	C	R	C	C	C

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Informato

AZIONI

Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici sono implementate le seguenti azioni, che seguono i principi del governo clinico:

1. **Inserimento nel processo di Budgeting dei seguenti obiettivi, declinati nel presente PARM, e ritenuti di interesse aziendale preminente:**

UU.OO. di applicazione	Obiettivo	Indicatore	Standard
Tutte le UU.OO. chirurgiche	Utilizzo di check-list per la sicurezza del paziente, validate e rispondenti alle Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza in Chirurgia, corredate di piano di auto monitoraggio dell'applicazione.	1. Presenza di check -list correttamente compilata nella CC/ogni procedura chirurgica codificata 2. N.°report del risultato di automonitoraggio dell'utilizzo/anno	Almeno 1 report di automonitoraggio dell'utilizzo, condotto sul 10% dei DRG chirurgici prodotti dalla data di adozione della C-L validata.
Tutte le UU.OO. di degenza di area oncologica	Adozione/ revisione validata della Scheda Unica di Terapia e della Scheda Unica di Chemioterapia, conformi alle Raccomandazioni ministeriali, corredate di un piano di automonitoraggio di qualità della loro compilazione.	1. Presenza della SUT e SUC nella C Cl. 2. N.°report del risultato di automonitoraggio dell'utilizzo/anno	Almeno 1 report di automonitoraggio dell'utilizzo, condotto sul 10% dei DRG prodotti dalla data di adozione.
Tutte le UU.OO. di degenza ed i Servizi assistenziali e diagnostici in vivo	Adozione/ revisione di almeno 1 procedura connessa alla prevenzione delle ICA, validata dal Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate con l'Assistenza (CC-ICA), corredata di piano di automonitoraggio interprofessionale dell'applicazione.	1. N.° di procedure redatte nel <i>format</i> aziendale, validate e complete del piano di monitoraggio dell'utilizzo/anno 2. N.°report del risultato di automonitoraggio interprofessionale dell'utilizzo/anno	Almeno 1 report di automonitoraggio interprofessionale dell'utilizzo, condotto con il supporto del DITRO/RM/CC-ICA
tutte le UU.OO. di Area Medica e le Aree Critiche aziendali	Attività interprofessionale di automonitoraggio di almeno 1 indicatore	Report di monitoraggio dell'indicatore/anno	Almeno 1 report/2014

	pertinente tra quelli compresi nello Studio PreVale, ovvero nei Patient Safety Indicators dell'AHRQ, o tratto dalle Raccomandazioni ministeriali, previa condivisione con il Risk Manager, e produzione di report strutturato, validato dal Direttore e presentato al personale dell'U.O.		
I Servizi diagnostici di Laboratorio aziendali (Biochimica clinica, Microbiologia, Genetica Medica, Anatomia Patologica, Emotrasfusionale):	Revisione di procedura validata di accettazione e presa in carico del campione biologico nel sistema informativo interno, corredata di piano di riesame secondo il SGQ.	Procedura revisionata e n.° riesami entro 2014	Procedura revisionata e 1 riesame entro 2014

2. **Implementazione progressiva di un sistema di sorveglianza attiva della circolazione dei microrganismi sentinella nella struttura sanitaria**, che ne completi l'avvio in tutte le UU.OO. che effettuano attività di trapianto
3. **Controllo ed eventuale revisione periodica del 10% delle procedure riguardanti le attività correlate al rischio infettivo**, secondo i criteri del Sistema Gestione Qualità.
4. **Monitoraggio delle Infezioni Correlate all'Assistenza mediante studi epidemiologici ad hoc**, secondo le risorse a disposizione del CC-ICA aziendale.
5. **Predisposizione/revisione della Scheda Unica di Terapia e della Scheda Unica di Chemioterapia**, validate, nelle unità operative di degenza dell'Area medica, cardiologica ed oncologica, a prevenzione degli errori nella terapia farmacologica e nella chemioterapia, secondo le Raccomandazioni ministeriali, complete di un piano di auto-monitoraggio di qualità della loro compilazione.

DIFFUSIONE

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

- ☐ Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;
- ☐ Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet;
- ☐ Iniziative di diffusione del PARM a tutti gli operatori.

INDICATORI

Le attività svolte ed i risultati conseguiti nello svolgimento delle azioni previste ed indicate nel presente PARM per il raggiungimento dei vari obiettivi strategici, saranno misurate sulla base dei seguenti obiettivi specifici e dei relativi indicatori:

1. Obiettivo Gestione Sinistri

CRITERIO: promuovere l'appropriatezza degli oneri economici aziendali
INDICATORE: % di sinistri chiusi * nell'anno su sinistri aperti nell'anno
NUMERATORE: Numero di sinistri chiusi nell'anno preso in considerazione
DENOMINATORE: Numero di sinistri aperti nell'anno preso in considerazione
STANDARD: 20%
FONTE: Comitato Valutazione Sinistri

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

2. Obiettivo Formazione

CRITERIO: Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente
INDICATORE: % di operatori sanitari che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
NUMERATORE: Numero di operatori sanitari che hanno effettuato una formazione di base sul rischio clinico
DENOMINATORE: Numero operatori sanitari dell'Azienda
STANDARD: 10%
FONTE: UO Formazione aziendale

3. Obiettivo Flusso SIMES 1

CRITERIO: Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella
INDICATORE: % di Schede A inserite entro i 5 giorni dalla segnalazione
NUMERATORE: N.° di Schede A inserite entro i 5 giorni
DENOMINATORE: N.° di Schede A inserite
STANDARD: >95%
FONTE: Rischio clinico aziendale

4. Obiettivo Flusso SIMES 2

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

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

5. Obiettivo Flusso SIMES 3

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

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

6. Obiettivo tutoraggio per obiettivi di budget

CRITERIO: tutoraggio per le attività delle UU.OO. connesse al raggiungimento degli obiettivi di budget per il Rischio Clinico
INDICATORE: n.° di incontri/ciascuna U.O., per messa a punto degli obiettivi applicabili
NUMERATORE: n.° di incontri con le UU.OO. per obiettivi di budget per il R.C.
DENOMINATORE: n.° di UU.OO. aziendali
STANDARD: almeno 2 incontri /ciascuna U.O.
FONTE: verbali degli incontri, registrati al protocollo del RM

7. Obiettivo adozione Scheda Unica di Terapia e Chemioterapia

CRITERIO: Formazione <i>on the job</i> , multiprofessionale, con la U.O Formazione, per la messa a punto/revisione della Scheda Unica di Terapia(SUT) e Scheda Unica di Chemioterapia (SUC), per degenze ordinarie di area medica, cardiologica ed oncologica
INDICATORE: % di UU.OO. delle Aree coinvolte che adottano la SUT e la SUC validata.
NUMERATORE: n.° di UU.OO. che utilizzano le SUT/SUC implementate
DENOMINATORE: n.° totale di Unità operative delle aree coinvolte
STANDARD: Messa a punto della SUT per il 30% delle UU.OO.
FONTE: Formazione/Governo Clinico

8. Obiettivo monitoraggio di qualità delle cartelle cliniche

CRITERIO: verifica di Qualità delle cartelle cliniche dell'Area chirurgica ed oncologica
INDICATORE: % di cartelle cliniche di ricoveri ordinari esaminate con griglia di rilevazione (Presenza Check list, presenza di SUT, consensi, ecc...)
NUMERATORE: N.° di cartelle cliniche di degenza ordinaria delle UU.OO. chirurgiche ed oncologiche esaminate con griglia di rilevazione (per Presenza di Check list, presenza di SUT, consensi, ecc...)
DENOMINATORE: N.° dimessi nelle UU.OO. di degenza ordinaria di Area Chirurgica ed oncologica
STANDARD: 2%
FONTE: Protocollo Archivio Clinico e report del Risk Management