



## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 300 del 26.02.2021

OGGETTO: Adozione del Piano Annuale Risk Management (PARM) – anno 2021

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo - UOC Sicurezza Qualità e Risk Management

Centro di costo: 775

L'estensore: (Dott.ssa 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)

Il Responsabile della U.O.C.

Sicurezza Prevenzione e Risk Management  
(Dr.ssa Maddalena Quintili)Il Direttore del Dipartimento  
per lo Sviluppo Organizzativo  
( )

Data: 23/2/21

Data: 23/2/21

Data:

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..... C.E. n. .... (denominazione del conto)

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

Il Direttore dell'UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di gestione con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economica/finanziaria della spesa di cui al presente provvedimento.

Il Direttore dell'UOC Pianificazione Strategica e Controllo di Gestione Dr.ssa Maura Bettini

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Parere del Direttore Amministrativo Dott.ssa Cristina Matranga

Favorevole 

data 24.2.2021

firma

Non favorevole 

(con motivazioni allegate al presente atto)

Parere del Direttore Sanitario Dr. Mauro Goletti

Favorevole 

data 24.2.2021

firma

Non favorevole 

(con motivazioni allegate al presente atto)

Il Presente provvedimento si compone di n.22 pagine di cui n.18 pagine di allegati

Azienda Sanitaria Locale Roma 1  
Il Direttore Generale  
Dot. Angelo Tanese

### IL DIRETTORE UOC Sicurezza Qualità e Risk Management

**VISTA** la deliberazione n. 1 del 1° gennaio 2016 del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione della stessa 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;

**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;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00241 del 03 Ottobre 2019 con il quale viene differito il termine di scadenza contrattuale del Direttore Generale;

**VISTO** l'Atto di Autonomia Aziendale, approvato con deliberazione n. 1153 del 17 dicembre 2019, recepito con D.C.A. U00020 del 27.01.2020, pubblicato sul BURL del 30.01.2020 n. 9;

**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";

**VISTO 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:

**VISTO CHE** con deliberazione della ASL Roma 1 n° 181 del 22/02/2017 è stato adottato il Piano Annuale di Risk Management (PARM 2017);

**VISTO CHE** con deliberazione della ASL Roma 1 n° 453 del 08/05/2018 è stato adottato il Piano Annuale di Risk Management (PARM 2018);

**VISTO CHE** con deliberazione della ASL Roma 1 n° 0180 del 27/02/2019 è stato adottato il Piano Annuale di Risk Management (PARM) e Piano Aziendale di Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) – 2019

**VISTO CHE** con deliberazione della ASL Roma 1 n° 0382 del 06/05/2020 è stato adottato il Piano Annuale di Risk Management (PARM 2020);

*M*

*len*

**VISTO CHE** con Determinazione Regionale n° G16829 del 06/12/2017 viene istituito il Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017;

**TENUTO CONTO** che con Decreto del Commissario ad acta n° U00400 del 29/10/2018 vengono trasferite le competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico;

**VISTA** la Determinazione Regionale n° G00164 del 11/01/2019 "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".

**VISTA** la nota regionale n. U0063179 del 23/01/2020 nella quale sono contenute indicazioni per l'elaborazione del PARM 2020 che prevede, tra le altre, anche l'aggiornamento di tutte le procedure emanate prima del 2017;

**CONSIDERATO** quindi necessario adottare il Piano Annuale Risk Management (PARM) per l'anno 2021, allegato e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

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

**ATTESO** che a seguito dell'adozione del presente atto il C.E. n. 775 presenta la seguente situazione economica:

Budget assegnato	€
Budget già impegnato	€
Importo impegnato con presente atto	€
Residuo	€

**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;

#### 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 2021, allegato e parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di attestare che l'adozione del presente atto 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

Il Direttore della UOC Sicurezza  
Qualità e Risk Management

Il Direttore del Dipartimento  
per lo Sviluppo Organizzativo

(Dott. Aldebrando Bossi)

(Dr.ssa Maddalena Quintili)

( )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

m

## IL DIRETTORE GENERALE

**IN VIRTÚ** 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 e con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00241 del 03.10.2019;

**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;

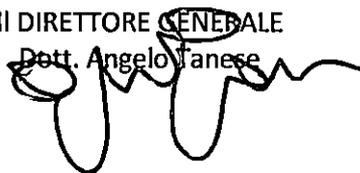
## DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione avente per oggetto "Adozione del Piano Annuale Risk Management (PARM) – anno 2021" 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 2021, allegato e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di attestare che l'adozione del presente atto 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/organi rispettivamente interessati.

Il DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Fanese





## PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2021

### INDICE

1. PREMESSA.....	2
1.1    Contesto organizzativo.....	3
1.2    Descrizione degli eventi/sinistri avvenuti nella ASL Roma I .....	7
1.3    Descrizione della posizione assicurativa ASL ROMA I .....	8
1.4    Resoconto delle attività del PARM 2020.....	8
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM.....	11
3. OBIETTIVI.....	11
4. ATTIVITÀ PREVISTE PER IL 2021 .....	12
5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM.....	17
6. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	17
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	18



## I. PREMESSA

Il Piano Aziendale Annuale di Risk Management, rappresenta lo strumento per programmare, promuovere e realizzare le politiche Aziendali volte a prevenire i rischi che possono coinvolgere il paziente durante il percorso di cura. Il raggiungimento di quest'obiettivo ritenuto prioritario dall'OMS, va perseguito con interventi coordinati in grado di coinvolgere tutta l'organizzazione, soprattutto operatori sanitari e pazienti.

Già da alcuni anni, nella nostra Azienda, gli aspetti legati alla sicurezza del paziente sono strettamente correlati al percorso di miglioramento della Qualità delle Cure, inteso come *"una lunga serie di atti, procedure e azioni la cui probabilità di successo è fortemente condizionata dalla capacità dell'intero sistema di utilizzare metodologie e strumenti appropriati e di predisporre un contesto favorevole allo sviluppo di iniziative di miglioramento"*. Questo percorso per poter essere efficacemente realizzato necessita di vedere integrate tutte le componenti operanti nella nostra organizzazione e il Risk Management, estensione importante del Governo Clinico, ci consente di porre al centro della programmazione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini valorizzando al contempo il ruolo e la responsabilità di tutti i professionisti sanitari.

Questo risponde ai dettami della legge 24/17 che ha in gran parte modificato l'attività del Rischio Clinico, in particolare all'art. 1 della citata legge viene richiamato il principio della sicurezza delle cure in sanità: *"La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale (...)"*.

Con questo presupposto la gestione degli interventi finalizzati alla Gestione del Rischio si inserisce tra gli aspetti strategici del sistema Azienda in quanto capaci di condurre a ricadute positive nei processi organizzativi e assistenziali ma anche sulla gestione del contenzioso. Le attività di Risk Management utilizzano principalmente strumenti di intervento proattivo-reattivo che, se ben condotte, si rivelano fondamentali per garantire prestazioni sanitarie di qualità, quindi più sicure. Per comprendere appieno l'importanza di questo documento occorre scorgere al suo interno la continuità degli interventi che in questi anni sono stati proposti, realizzati, via via monitorati sino al loro consolidamento e, ancora adesso, in divenire. Gli obiettivi da declinare e le azioni pensate e sviluppate per raggiungerli, non sempre possono essere completati nell'arco di un anno, richiedono spesso tempi più lunghi, talvolta dettati dalla necessità di preparare l'organizzazione, che è fatta di persone, a recepire positivamente e avviare al meglio i nuovi modelli di lavoro che l'evidenza ci mostra essere più sicuri.

Questo si è reso evidente nello scorso anno, il 2020, fortemente connotato dal COVID-19 che ha visto intense e complesse attività di riorganizzazione e trasformazione degli Ospedali della ASL in strutture deputate ad accogliere e trattare pazienti Covid positivi. Per ridurre il rischio di contagio sono stati revisionati e ridisegnati i percorsi intra ed extraospedalieri; sono stati adottati nuovi protocolli operativi incentrati sulla sicurezza del paziente e degli operatori; è cambiata fortemente la struttura del luogo di cura che, per esigenze di sicurezza, ha dovuto rivedere i suoi percorsi di accesso e di esodo, differenziati e funzionali alla positività o meno del paziente al Covid-19. Dentro questo nuovo scenario, fortemente impattante sull'organizzazione, si è intervenuti rapidamente sostenendo gli operatori sanitari e fornendo loro da un lato, mediante la formazione, gli strumenti operativi e procedurali adeguati a fronteggiare l'epidemia e dall'altro, grazie all'impegno e alle risorse investite per la diagnostica, di conoscere il proprio stato sierologico, promuovendo la campagna di screening e sensibilizzandoli a effettuare periodicamente il tampone nasale per la ricerca dell'antigene COVID. Dopo la campagna di vaccinazione per gli operatori sanitari in via di conclusione, seguirà quella della popolazione generale e con essa la necessità di predisporre procedure per gestire la logistica, gli operatori e

organizzare gli ambienti, aspetto questo che rivestirà per i prossimi mesi attività impegnativa e di rilievo sotto molti punti di vista.

In quest'ottica, la gestione integrata del rischio ha condotto a efficaci cambiamenti nei comportamenti, promuovendo il valore della cultura della sicurezza e della salute più attenta alle esigenze di pazienti e operatori. L'impegno in tal senso dovrà essere mantenuto costantemente elevato anche nel corso dei prossimi mesi. All'interno del PARM 2021 sono contenute attività, alcune delle quali già avviate, riferite alla gestione organizzativa legata all'emergenza COVID-19 previste per i prossimi mesi e riguardanti gli aspetti legati alla formazione degli operatori, alla comunicazione del rischio e alla implementazione di procedure e istruzioni operative legate alla gestione di questa fase dell'emergenza.

### 1.1 Contesto organizzativo

La superficie totale della ASL ROMA I è di 524,0 km<sup>2</sup> pari a 40,8% della superficie complessiva del Comune di Roma. La popolazione della ASL ROMA I è di circa 1.052.946 pari a circa il 37% della popolazione complessiva residente nel Comune di Roma (*fonte dati: Comune di Roma-Ufficio di Statistica e Censimento - anno 2015*).

La densità abitativa è pari a 2.009, ab/km<sup>2</sup>. 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		POSTI LETTO ORDINARI	
Estensione territoriale	524,0 km <sup>2</sup>	Medicina	94
Popolazione residente	1.052.946	Chirurgia	63
Presidi Ospedalieri Pubblici	5	Cardiologia	27
Distretti Sanitari	6	Chirurgia Maxillo facciale	6
Posti letto ordinari	625	Chirurgia Vascolare	16
Posti letto diurni (DH+DS)	82	Ortopedia	49
Blocchi Operatori	7	Ostetricia e ginecologia	36
Sale Operatorie	27	Psichiatria	32
Terapie Intensive	2	ORL	5
Terapie Intensive p.l.	30	Urologia	14
DH multi specialistico	2	Recupero e Riabilitazione	65
DS multi specialistico	2	Pneumologia	15
		Neurologia	16
		Neurochirurgia	16
		Oculistica	8
		Nido	16






	Oncologia	9
	Gastroenterologia	16
	Neonatologia	10
	UTIC	15
	Astanteria	37
	Terapie Intensive	30
	<b>TOTALE</b>	<b>625</b>

*Il Polo S. Spirito include l'attività del Nuovo Regina Margherita (diventato articolazione funzionale del S. Spirito dal 2017) Fonte: archivio SIO anno 2019.*

**DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE (Anno 2020)**

Ricoveri ordinari	n. 16.241	
Accessi PS	n. 86.793	
Ricoveri diurni	n. 4.834	
Neonati	n. 1.406	

**Prestazioni ambulatoriali erogate dai Presidi pubblici suddivise per branca**

<b>Branche specialistiche</b>	<b>Nr. Prestazioni</b>
05 Chirurgia Vascolare - Angiologia	26.972
08 Cardiologia	106.025
09 Chirurgia Generale	12.799
12 Chirurgia Plastica	1.890
15 Medicina Sportiva	3.545
19 Endocrinologia	10.315
29 Nefrologia	16.239
30 Neurochirurgia	687
32 Neurologia	42.764
34 Oculistica	34.448
35 Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo facciale	13.409
36 Ortopedia e Traumatologia	29.200
37 Ostetricia e Ginecologia	44.065
38 Otorinolaringoiatria	18.531
40 Psichiatria	5.708
43 Urologia	9.094
52 Dermosifilopatia	19.150
56 Medicina Fisica e Riabilitazione	45.630
58 Gastroenterologia - Chirurgia Endoscopica Digestiva	17.329
61 Diagnostica Immagini - Medicina Nucleare	66
64 Oncologia	17.421
68 Pneumologia	15.533
69 Diagnostica Immagini - Radiologia Diagnostica	78.427
70 Radioterapia	32.495
79 Risonanza Magnetica	4.202
80 Chirurgia Speciale	8
82 Anestesia	4.143
99 Altro	102.050
X Paganti	19.656
<b>TOTALE</b>	<b>732.343</b>

Fonte: archivio SIAS 2020

**Tabella 2 – Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero**

Codice Struttura	Struttura	Cod.	Specialità	Degenze Ordinarie	Day Hospital	Day Surgery	p.l. Totali
120285	Ospedale San Filippo Neri	02	Day Hospital polispecialistico	0	7	0	7
		08	Cardiologia	40	0	0	40
		09	Chirurgia Generale	35	0	0	35
		10	Chirurgia Maxillo Facciale	6	0	0	6
		14	Chirurgia vascolare	16	0	0	16
		26	Medicina generale	68	0	0	68
		30	Neurochirurgia	16	0	0	16
		31	Nido	16	0	0	16
		32	Neurologia	16	0	0	16
		36	Ortopedia e traumatologia	25	0	0	25
		37	Ostetricia e ginecologia	20	0	0	20
		38	Otorinolaringoiatria	5	0	0	5
		40	Psichiatria	16	2	0	18
		43	Urologia	14	0	0	14
		49	Terapia Intensiva	20	0	0	20
		50	Unità coronarica	8	0	0	8
		51	Astanteria	18	0	0	18
		56	Recupero e riabilitazione funzionale	16	0	0	16
		58	Gastroenterologia	16	0	0	16
		62	Neonatologia	8	0	0	8
64	Oncologia	9	18	0	27		
68	Pneumologia	15	0	0	15		
98	Day Surgery polispecialistico	0	0	10	10		
		<b>TOTALE</b>		403	27	10	440
120026	Ospedale Santo Spirito	02	Day Hospital polispecialistico	0	24	0	24
		08	Cardiologia	17	0	0	17
		09	Chirurgia Generale	28	0	0	28
		26	Medicina generale	26	0	0	26
		36	Ortopedia e traumatologia	24	0	0	24
		37	Ostetricia e ginecologia	16	0	0	16
		40	Psichiatria	16	2	0	18
		49	Terapia Intensiva	10	0	0	10
		50	Unità coronarica	7	0	0	7
		51	Astanteria	19	0	0	19
		56	Recupero e riabilitazione funzionale	49	4	0	53
		62	Neonatologia	2	0	0	2
		98	Day Surgery polispecialistico	0	0	11	11
		<b>TOTALE</b>		214	30	11	255
120030	Ospedale Oftalmico	34	Oculistica	8	5	0	13
		<b>TOTALE</b>					13
120281	S. Anna Centro per la salute della donna	09	Chirurgia Generale	0	0	2	2
		37	Ostetricia e ginecologia	0	0	2	2
		<b>TOTALE</b>				4	4



<b>Tabella 3</b> Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero: San Filippo Neri	
Posti letto ordinari n.	403
P.L. DH multispecialistico n.	7
P.L. DS multispecialistico n.	10
P.L. DH psichiatria n.	2
P.L. DH Oncologico n.	18
Numero Blocchi Operatori	4
N. Sale Operatorie*	16
Numero ricoveri ordinari	10.247
Numero ricoveri diurni	1.583
Numero accessi PS	21.169
Numero neonati o parti	948

<b>Tabella 4</b> Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero: Santo Spirito	
Posti letto ordinari n.	214
P.L. DH multispecialistico n.	24
P.L. DS multispecialistico n.	11
P.L. DH psichiatria n.	2
P.L. DH Recupero e Riabilitazione n.	4
N. Sale Operatorie*	8
Numero ricoveri ordinari	5.006
Numero ricoveri diurni	2.991
Numero accessi PS	20.898
Numero neonati o parti	458

<b>Tabella 5</b> Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero: Oftalmico	
Posti letto ordinari n.	8
Posti Letto DH n.	5
Blocchi Operatori n.	1
N. Sale Operatorie*	4
Numero ricoveri ordinari	988
Numero ricoveri diurni	260
Numero accessi PS	44.726

<b>Tabella 6</b> Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero: Centro S. Anna***	
Posti letto ordinari	0
P.L. DS Ginecologia/Ostetricia n.	2
P.L. DS Chirurgia Generale n.	2
Numero Blocchi Operatori	1
N. Sale Operatorie*	2
Numero ricoveri ordinari	0
Numero ricoveri diurni	0
Numero accessi PS	0
Fonte: archivio SIO 2020.	
*come da modello HSP I I_2020	
***codice struttura 281 ancora in essere ma l'attività converge su Ospedale Santo Spirito	

## 1.2 Descrizione degli eventi/sinistri avvenuti nella ASL Roma I

Il verificarsi di un evento dannoso a un paziente è un momento molto critico per l'organizzazione; va gestito con la collaborazione di tutti cercando di comprendere i meccanismi che hanno reso possibile il suo verificarsi e mettere in atto azioni correttive affinché non accada di nuovo.

Secondo la definizione che ne dà il Ministero della Salute, gli accadimenti negativi che possono interessare il paziente durante il percorso di cure, possono essere così classificati:

- **Evento Avverso (EA):** evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.
- **Evento evitato (Near Miss - NM o Close Call - CC):** errore che ha la potenzialità di causare un EA che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
- **Evento Sentinella (ES):** evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

La segnalazione degli ES e degli EA è un momento importante che deve necessariamente trovare la collaborazione di tutti gli operatori; offre l'opportunità di evidenziare le possibilità di miglioramento dell'assistenza affinché tutta l'organizzazione ne tragga beneficio. I tempi e le modalità di segnalazione degli eventi sono descritte dettagliatamente all'interno della Procedura aziendale n. PRO07 "Gestione e comunicazione degli Eventi Sentinella, Eventi Avversi e Near Miss" del 3/1/2019.

Nelle tabelle che seguono è riportato il totale degli eventi che si sono verificati nel 2020 (Tab. 7) e le richieste di risarcimento della ASL Roma I dal 2016 al 2020 (Tab. 8).

Ai sensi dell'art. 2, c. 5 e art. 4, c. 3 della L. 24/2017 i dati sono pubblicati in forma sintetica anche sul portale della ASL Roma I. Rimandando l'analisi degli eventi accaduti e delle azioni di miglioramento attuate ad un documento che sarà pubblicato successivamente, per ora si può rilevare una riduzione del 28% numero di tutti gli eventi segnalati mediante I.R. e una concomitante riduzione del numero delle cadute: 22,5%. Gli eventi sentinella segnalati sono ridotti di circa terzo rispetto allo scorso anno: n. 8 eventi sentinella a fronte dei 23 del 2020.

**Tabella 7: Eventi Avversi, Eventi Sentinella e Near Miss avvenuti nella ASL Roma I nel 2020**

Tipo di evento	n.	%(1)	di cui	% cadute	Principali fattori (2) causali/contribuenti (sugli eventi analizzati)	Fonte del dato
			n. cadute			
Near Miss	17	6,3	1	5,8	70% (Organizzativi) 18% (Proc./Comunic.) 6% (Tecnologici)	I.R.
Eventi Avversi	234	91,3	180	77	5,2% (Proc./Comunic.) 61,5% (Organizzativi) 5,1% (Tecnologici)	I.R.
Eventi Sentinella	8	2,4	1	12,5	87,5% (Organizzativi) 12% (Tecnologici)	I.R.
<b>Totale</b>	<b>259</b>		<b>182</b>	<b>70%</b>		

(1) Sul totale degli eventi complessivi verificatisi nel 2020 (EA+ES+NM+cadute);

(2) Strutturali, Tecnologici, Organizzativi, Procedure/Comunicazione

**Tabella 8: Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3, L. 24/2017)**

Anno		N. Sinistri	Risarcimenti erogati dalle ex Aziende
2016	ASL Roma I	99	€ 343.908,99
2017	ASL Roma I	75	€ 978.786,82
2018	ASL Roma I	88	€ 953.057,39
2019	ASL Roma I	72	€ 1.698.449,60
2020	ASL Roma I	74	€ 2.150.262,34
<b>Totale</b>	<b>ASL Roma I</b>	<b>408</b>	<b>€ 6.124.465,14</b>

\* i risarcimenti erogati fanno riferimento all'anno di pagamento del sinistro e non all'anno di denuncia.

### 1.3 Descrizione della posizione assicurativa ASL ROMA I

ASL ROMA I					
Anno	Polizza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2020	Autoassicurazione				
2019	Autoassicurazione				
2018	Autoassicurazione				
2017	Autoassicurazione				
2016	Autoassicurazione				

Fonte: UOC Affari Generali, 15 gennaio 2020.

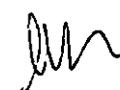
**1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ CONTENUTE NEL PARM 2020 E ATTIVITÀ LEGATE ALLA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID-19, ATTUATE NEL 2020**

<b>OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		<b>COVID</b>
<b>n. 3 attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>ATTIVITÀ 1:</b> inclusione all'interno dei PFA di tematiche di gestione del Rischio Clinico e sicurezza delle cure con particolare riguardo alle infezioni da coronavirus e alla gestione degli aspetti clinico assistenziali e gestionali nei rapporti con gli utenti legate alle attività specifiche della UO/Servizio di riferimento.	SI	
<b>ATTIVITÀ 2:</b> Sviluppare modelli di formazione e informazione per la prevenzione del contagio tra operatori sanitari nella fase di pandemia da Covid19.	SI	
<b>ATTIVITÀ 3:</b> Sviluppare modelli di comunicazione efficace nella prevenzione del rischio da contagio tra operatori sanitari nella fase di pandemia da Covid19.	SI	

<b>OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.</b>		
<b>n. 2 attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>ATTIVITÀ 1:</b> monitoraggio e revisione delle procedure aziendali, relative alle raccomandazioni ministeriali, sull'effettiva implementazione attraverso gli indicatori individuati per ciascuna procedura.	SI in parte	<b>Monitoraggio su Agenas:</b> completato <b>Revisione delle procedure:</b> in corso di completamento
<b>ATTIVITÀ 2:</b> esecuzione di audit GRC da parte delle UO/Servizi Aziendali a seguito delle segnalazioni di EA e ES	SI	

<b>OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.</b>		<b>COVID</b>
<b>n. 5 attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>ATTIVITÀ 1:</b> mappatura attraverso il cruscotto direzionale del livello di attuazione del piano della sicurezza, della legge Gelli, delle criticità delle strutture e delle apparecchiature della ASL Roma 1	SI	
<b>ATTIVITÀ 2:</b> Realizzazione di corsi di formazione/aggiornamento per i dipendenti sulla sicurezza negli ambienti di lavoro ex D. Lgs 81/08	SI	
<b>ATTIVITÀ 3:</b> inserimento nel database dedicato degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali	SI	
<b>ATTIVITÀ 4:</b> inserimento dei sinistri sul SIMES contestualmente alla notifica all'Azienda di una richiesta di risarcimento.	SI	
<b>ATTIVITÀ 5:</b> monitoraggio degli operatori esposti e considerati ad alto rischio a seguito della somministrazione del questionario OMS adattato.	SI	

<b>OBIETTIVO A-B-C: INTRODUZIONE DI UN NUOVO APPROCCIO METODOLOGICO CHE PREVEDE IL RIPENSAMENTO DEI PROCESSI DI CURA E DI LAVORO ATTRAVERSO IL COINVOLGIMENTO DEGLI OPERATORI CON FORMAZIONE FRONTALE E SUL CAMPO E CON PARTECIPAZIONE AI GRUPPI DI LAVORO, AGLI AUDIT E AI «GIRI» DI SAFETY WALK AROUND.</b>		
<b>n. 1 attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>ATTIVITÀ 1:</b> prosecuzione attività del SVR in aree ritenute critiche sulla base dell'analisi del Rischio Integrato, mappatura e quantificazione del rischio	SI	

**ATTIVITÀ LEGATE ALL'EMERGENZA COVID-19 ATTUATE NEL 2020**

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>ATTIVITÀ 1:</b> riorganizzazione dell'attività assistenziale a seguito dell'emergenza COVID-19	SI	Riconversione degli Ospedali nella Fase 1. Ripresa parziale delle attività nella Fase 2. Fase 3.
<b>ATTIVITÀ 2:</b> Palazzina COVID-19 e Area Holding	SI	Riorganizzazione di spazi, percorsi, tecnologia di supporto.
<b>ATTIVITÀ 3:</b> Gestione dei DPI	SI	Creazione di un magazzino centralizzato della farmacia con raccolta dei fabbisogni settimanali, preparazione, packaging e consegna alle UU.OO. Aziendali
<b>ATTIVITÀ 4:</b> Formazione, informazione e addestramento	SI	Formazione, Informazione e addestramento all'uso dei DPI e procedure di vestizione/svestizione a tutti gli operatori dell'azienda, sia nei P.O. che nei Servizi Territoriali
<b>ATTIVITÀ 5:</b> Esecuzione dei tamponi diagnostici con modalità drive-through.	SI	Attuata nei Drive-In/Walk-In presenti nella ASL
<b>ATTIVITÀ 6:</b> Attuazione delle attività di programmazione, logistiche, operative e procedurali propedeutiche all'avvio della campagna di vaccinazione COVID-19	SI	Predisposizione di <b>Punti Vaccinali Ospedalieri (PVO)</b> , destinati alla somministrazione della vaccinazione agli operatori sanitari e sociosanitari e dei soggetti da vaccinare nella Fase I operanti all'interno dei presidi ospedalieri: <ul style="list-style-type: none"> <li>• P.O. San Filippo Neri, 2 piano Padiglione D,</li> <li>• P.O. Santo Spirito, palestra cardiologica</li> </ul> <b>Punti Vaccinali Territoriali (PVT)</b> , per la vaccinazione degli operatori sanitari e sociosanitari e dei soggetti da vaccinare nella Fase I che svolgono attività extra-ospedaliera: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Padiglione 90 S. Maria della Pietà</li> <li>• Casa della Salute Prati Trionfale</li> </ul> <b>Punto Vaccinale in Struttura:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Residenziale (PVSR), per la vaccinazione degli ospiti dei presidi residenziali per anziani che è effettuata presso la struttura stessa mediante Unità Mobili di Vaccinazione.</li> </ul>
<b>Ulteriori attività attuate nel corso dell'emergenza COVID</b>		
<b>ATTIVITÀ 7:</b> attività di screening sugli operatori sanitari	SI	Esecuzione indagine sierologica di prevalenza Esecuzione tamponi antigenici con programmazione quindicinale
<b>ATTIVITÀ 8:</b> implementazione Istruzioni operative/Procedure/Percorsi	SI	Redatte dai Gruppi di Lavoro; Verificate/Approvate dalla UOC Sicurezza Qualità e Risk Management/Direzioni; Pubblicate e disponibili su intranet aziendale.
<b>ATTIVITÀ 9:</b> sorveglianza sanitaria attiva di tutto il personale dipendente e delle ditte appaltanti per tutto il periodo di isolamento fiduciario		Creazione di database per la gestione e il monitoraggio delle attività di screening e sorveglianza.
<b>ATTIVITÀ 10:</b> Implementazione delle tecnologie informatiche		Svolgimento in teleconferenza del Corso per la Legge Gelli e delle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri. Videoconferenze della Task-Force Emergenza COVID-19.
<b>ATTIVITÀ 11:</b> Interventi strutturali per adeguamento degli spazi nei Presidi Ospedalieri		Realizzazione Percorsi; compartimentazione ambienti; cartellonistica; viabilità interna; tendoni; check-point.

## 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

Una visione organica sulla sicurezza è fondamentale non solo per proseguire coerentemente con le attività realizzate con i precedenti piani di gestione del rischio, ma soprattutto per proporre un approccio sistemico, che comprenda lo studio degli errori, l'identificazione e il controllo dei fattori che possono favorire o determinare un danno per il paziente e al tempo stesso garantire la sicurezza degli operatori, nonché la definizione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti.

Le attività avviate prima del 2020 e ulteriormente implementate lo scorso anno, proseguiranno anche per il 2021, in quanto rientrano negli obiettivi previsti nelle linee di indirizzo regionali e sono contestualizzate nel percorso di cambiamento che la ASL Roma I sta realizzando al fine di ottenere una migliore mappatura del rischio necessaria a definire gli interventi di miglioramento.

Per tale motivo le attività che saranno svolte vedranno il coinvolgimento trasversale di diverse UU.OO. attraverso l'attivazione di strumenti a supporto dell'intera organizzazione. L'Azienda è sempre più orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente mediante efficaci politiche di Risk Management.

La qualità dell'assistenza può migliorare solo grazie a una maggiore attenzione alle istanze di sicurezza che giungono da tutti i servizi aziendali e con un impegno continuo in attività di formazione e comunicazione con tutti gli interlocutori. Più volte si è ricordato che la presenza della funzione del Risk Management 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 Distretto e tutti gli operatori, bensì coordina e 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 strategici, così come indicato dalle Linee di indirizzo regionali 2020:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B. 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.

- C. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

#### 4. ATTIVITÀ PREVISTE PER IL 2021

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo **A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE** - si programmano le seguenti attività:

##### **ATTIVITÀ 1**

Consolidamento della rete dei facilitatori per il rischio clinico della ASL Roma 1

**INDICATORE:**

**STANDARD:**

**FONTE:** database facilitatori

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>UU.OO./Servizi</b>	<b>Facilitatori</b>	<b>UOC Formazione</b>
Mappatura, aggiornamento e integrazione della rete dei facilitatori attualmente presenti nella ASL Roma 1	R	C	I	I
Rilevazione delle carenze e formazione su piattaforma video-call dei nuovi facilitatori individuati	R	I	C	C
Predisposizione di atto deliberativo circa la composizione della rete Aziendale dei facilitatori per il Rischio Clinico	R	I	I	I

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto; I = Interessato

##### **ATTIVITÀ 2**

Ridurre il rischio di contagio tra gli operatori e ai pazienti correlati all'emergenza COVID-19

**INDICATORE:** realizzazione di attività di formazione, informazione e addestramento/numero di soggetti da formare nei 2 Presidi ospedalieri principali

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>UOC Comunicazione</b>	<b>Direzioni Sanitarie e di Distretto</b>	<b>UU.OO./Servizi</b>	<b>UOC Assistenza Infermieristica</b>
Formazione/ <i>Retraining</i> del personale sul corretto utilizzo dei DPI per la riduzione del rischio da contagio di operatori e pazienti.	R	I	C	C	C
Mantenimento e aggiornamento della sezione Intranet dedicata all'emergenza COVID con riorganizzazione delle informazioni in essa contenute per area tematica e gestionale.	R	I	C	C	C

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo **B - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI** - si programmano le seguenti attività:

**ATTIVITÀ 1:**

Completamento dell'attività di monitoraggio e revisione delle procedure aziendali, relative alle Raccomandazioni ministeriali.

**INDICATORE:** numero delle procedure sottoposte a revisione sul totale delle raccomandazioni Ministeriali

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UO coinvolta, UOC Pianificazione strategica

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>UU.OO./Servizi</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>
Revisione delle procedure emanate prima del 2017	R	C	I
Monitoraggio secondo i criteri Agenas e inserimento sul portale.	R	C	I

**ATTIVITÀ 2**

Esecuzione di audit GRC da parte delle UO/Servizi Aziendali a seguito delle segnalazioni di EA, ES e NM

**INDICATORE:** produzione dell'alert report con piano di miglioramento

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UO coinvolta

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>UU.OO./Servizi</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>
Documentare le ragioni alla base della proposta dell'audit	I	R	I
Valutazione della proposta	R	I	I
Svolgimento dell'audit	C	R	C
Stesura Alert Report conclusivo con relativo piano di miglioramento e diffusione dei risultati ai soggetti interessati	I	R	C
Valutazione delle azioni correttive da apportare	R	C	C
Implementazione delle azioni correttive da parte di tutti gli operatori del Servizio/UO interessata	C	R	C

**ATTIVITÀ 3**

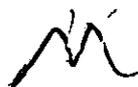
Prevenzione degli errori in terapia farmacologica: analisi delle attività di prescrizione e somministrazione del farmaco mediante il programma IE Terapie

**INDICATORE:** analisi dei dati con produzione report alle UU.OO.

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Resp. U.O.</b>	<b>Coord. Inf. U.O.</b>	<b>UOC Ass. Inf.</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>
Raccolta dei dati relativi alle varie fasi della gestione della terapia farmacologica nelle UU.OO. di SFN e SS	R	C	C	C	C
Analisi dei dati e confronto	R	I	I	I	C
Produzione di report (eventualmente comparato alla segnalazione di eventi avversi nell'area farmaco)	R*	C	C	C	R*




Al fine del raggiungimento dell'obiettivo C - FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE - si programmano le seguenti attività:

**ATTIVITÀ 1**

PROSECUZIONE DELLE ATTIVITA' DI MAPPATURA ATTRAVERSO IL CRUSCOTTO DIREZIONALE DEL LIVELLO DI ATTUAZIONE DEL PIANO DELLA SICUREZZA, DELLA LEGGE GELLI, DELLE CRITICITÀ DELLE STRUTTURE E DELLE APPARECCHIATURE DELLA ASL ROMA 1: prosecuzione del progetto per la Gestione Integrata del Rischio con la finalità di strutturare un nuovo modello organizzativo, introducendo nuovi strumenti di lavoro-Applicativi Web, congiuntamente alla UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione, UOC Gestione dei flussi sanitari e Analisi dei Processi Assistenziali. Il progetto, una volta a regime, consentirà una gestione integrata del rischio a supporto di tutte le funzioni aziendali al fine di disporre di informazioni necessarie per orientare gli interventi di sicurezza delle cure e di protezione sulle strutture/impianti. Il percorso, rivolto ad aumentare la compliance con gli operatori e tra i diversi settori Tecnico patrimoniali, garantirà la tracciabilità in ogni fase: dalla segnalazione alla sua presa in carico, fino alla sua risoluzione, favorendo la partecipazione attiva del personale adeguatamente formato.

**INDICATORE:** predisposizione di strumenti di rilevazione, attivazione Applicativi Web, piano degli adeguamenti.

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Risk Manager	Area Tecnico Patrimoniale	Referenti del rischio	Responsabile UOC Ingegneria Clinica	Direzioni Sanitarie Direzioni Distretti UOC Assistenza Infermieristica UOC Tecnici Sanitari	UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione UOC Gestione dei flussi sanitari e Analisi dei Processi Assistenziali
Introduzione a sistema di uno strumento di segnalazione di incidenti, accadimenti pericolosi, errori, eventi avversi, ma anche indicazioni di miglioramento (Signaling e Risk Survey Dashboard)	R	C	C	C	C	C
Incontri periodici con i referenti per le apparecchiature per valutare la gestione del change control	R	C	C	C	C	C
Definizione piano degli adeguamenti e condivisione con le funzioni strategiche aziendali	R	C	C	C	C	C
Applicazione degli interventi attraverso l'utilizzo dei fondi della sicurezza e attivazione di richieste specifiche per il finanziamento degli investimenti	C	R	I	C	C	C
Monitoraggio degli adeguamenti	R	C	C	C	C	C

**ATTIVITÀ 2**

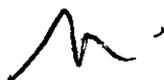
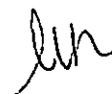
Realizzazione di corsi di formazione/aggiornamento per i dipendenti sulla sicurezza negli ambienti di lavoro ex D.Lgs 81/08

**INDICATORE:** n. corsi realizzati

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management

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

**ATTIVITÀ 3 anche COVID**

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 RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	UOS Medici Competenti
Alimentazione del database	I	R
Monitoraggio degli infortuni lavorativi e delle malattie professionali	C	R

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

**ATTIVITÀ 5**

Sorveglianza attiva e monitoraggio degli operatori esposti al COVID-19 e considerati ad alto rischio a seguito della somministrazione del questionario OMS adattato.

**INDICATORE:** n. di questionari somministrati sul n. di operatori esposti**STANDARD:** SI**FONTE:** UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Personale UOC SQRM	Direzioni Sanitarie P.O.	Direzioni Distretti DSM Dipartimento di Prevenzione	UUOO/ Servizi UOC Assistenza Infermieristica UOC Tecnici Sanitari	SISP	Medico Competente
Ricezione della comunicazione dell'avvenuta esposizione da parte dell'operatore	I	R	R	C	C	I
Somministrazione del questionario per la valutazione del Rischio	I	R	R	C	I	I
Valutazione del livello di rischio	I	R	R	R	I	C
Comunicazione al SISP per l'esecuzione del Tampone/	C	R	R	C	C	I
Effettuazione del Tampone	I	C	C	R	R	I
Valutazione del periodo di sorveglianza attiva/isolamento domiciliare	C	R	R	C	C	C
Monitoraggio e sorveglianza attiva*						
Riammissione in servizio	I	C	C	C	R	R

\*come da procedura aziendale IO\_SQRM\_32 del 9/11/2020




Al fine del raggiungimento degli obiettivi A, B e C si ritiene opportuno svolgere le seguenti attività:

### **ATTIVITÀ 1**

Prosecuzione attività del SWR in aree ritenute critiche sulla base dell'analisi del Rischio Integrato, mappatura e quantificazione del rischio

**INDICATORE:** esecuzione di almeno un SWR nelle U.O./Servizi nei servizi ritenuti più critici

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Responsabili U.O.</b>	<b>Facilitatori</b>	<b>UOC Ass. Inf.</b>
Effettuazione SWR anche con il coinvolgimento dei facilitatori	R	I	C	C
Rilevazione delle criticità	I	R	C	C
Correzione delle criticità	R*	R*	C	R*

### **ATTIVITÀ 2 COVID**

Attivazione e prosecuzione campagna di vaccinazione sugli operatori sanitari e sulla popolazione generale

**INDICATORE:** aumento della copertura della vaccinazione tra gli operatori sanitari e nella popolazione generale

**STANDARD:** riferito ai parametri individuati dal MdS e dalla Regione Lazio

**FONTE:** UOC Risk Management

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Farmacia</b>	<b>STI</b>	<b>Vaccinatori</b>	<b>UOC Assistenza Infermieristica</b>
Organizzazione e Pianificazione delle attività	R	R	R	C	R*
Piani di sicurezza e predisposizione procedure	R	C	I	C	C
Tenuta e aggiornamento del registro vaccinale	I	R	I	R	R*
Monitoraggio dell'andamento della campagna vaccinale	I	R	I	I	C
Produzione di report	I	R	I	R	C

### **ATTIVITÀ 3**

Campagna di verifica dell'efficacia della vaccinazione anti-SARS COV 2 sul personale sanitario dipendente e non, come da disposizione del DG n. 30 del 17 febbraio 2021

**INDICATORE:** rispetto della calendarizzazione e della consegna referti

**STANDARD:** SI

**FONTE:** Risk Management

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'</b>					
<b>Azioni</b>	<b>SQRM</b>	<b>UOC STI e Comunicazione</b>	<b>DD.SS.PP e Distretto</b>	<b>UOC Ass. Inf.</b>	<b>Lab Microbiologia</b>
Definizione del calendario vaccinale	R	R*	C	C	I
Elaborazione risultati	C	C	I	C	R
Consegna referti	I	R	R	R	I






## 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.
- ✓ L. n. 24 del 8/3/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". Pubblicata su GU Serie Generale n.64 del 17-3-2017. Art.16, c. 2, a modifica ed integrazione dell'art.1, c. 540, legge n. 208/2015



## 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](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione)
7. Ministero della salute: protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
8. 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)).