

ASL  
FROSINONEREGIONE  
LAZIOATTO DELIBERATIVO N° **000304** DEL **13 MAR. 2015**ORIGINALE ☐ - COPIA ☐ - ALLEGATI N° ☐

Struttura Proponente:

**DIREZIONE GENERALE****249**

(Proposta N°)

**13-03-15**

(Data)

OGGETTO:

Presa d'atto Piano Aziendale di Risk Management Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni correlate all'Assistenza Anno 2015

L'estensore: Dr. Paolo Straccamore

(Nome e Cognome)

**IL DIRETTORE GENERALE**

(Isabella Mastrobuono)

**Parere del Direttore Amministrativo****Dr. Mario Piccoli Mazzini**☒ FAVOREVOLE ☐ NON FAVOREVOLE

Data

**12-3-15**

Firma

**Parere del Direttore Sanitario****Dr. Roberto Testà**☒ FAVOREVOLE ☐ NON FAVOREVOLE

(con motivazioni allegate al presente atto)

Data

**13-3-15**

Firma

*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.*

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa:

**non composite cost**

(Descrizione)

Numero Conto Economico \_\_\_\_\_

Numero Sub autorizzazione \_\_\_\_\_

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget:

**Dr. Vincenzo Brusca**

Data

**12-03-15**

(Nome e Cognome)

(Firma)

*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:****Dr. Paolo Straccamore**

(Nome e Cognome)

**12/03/2015**

(Data)

(Firma)

**Il Dirigente****Dr. Paolo Straccamore**

(Nome e Cognome)

**12/03/2015**

(Data)

(Firma)

## IL DIRETTORE GENERALE

**PREMESSO** che l'Azienda USL di Frosinone sin da 2006 ha istituito formalmente la funzione di Risk Management in Staff alla Direzione Sanitaria ritenendo tale attività fondamentale ai fini del governo del complesso dei rischi intrinseci alla attività complessiva della AUSL stessa;

**RILEVATO** che l'attività suddetta ha prodotto negli anni report annuali relativi alla attività complessivamente svolta;

### **PRESO ATTO**

- **che** la Regione Lazio con Deliberazione di Giunta Regionale n° 42 del 31.01.2014, recante "Approvazione degli obiettivi da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie all'atto della stipula del contratto", nel fissare gli obiettivi di salute e di programmazione economica e finanziaria per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, ha previsto anche l'adozione da parte di ciascuna azienda di un Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico, orientato alla sicurezza dei pazienti, operatori ed ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle ICA.....;
- **che** la Regione Lazio con Determinazione n°GO4112 del 14.2.2014 ha dettato le Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano Risk management (PARM) : gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC - ICA) , confermate valide per l'anno 2015;

### **VISTA**

la nota prot. n. 58028 del 03.02.2015: relazione conclusiva Piani Annuali di risk management delle aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Lazio anno 2014; obiettivi 2015 rischio clinico Regione Lazio della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e gestione del Rischio Clinico;

### **CONSIDERATO**

altresì, che nell'ambito del Rischio Clinico e della Sicurezza del paziente, le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano il principale evento avverso in sanità e, in quanto tali le politiche di sorveglianza e controllo rientrano a pieno titolo nella "mission" del Risk Manager;

### **RITENUTA**

necessaria ed urgente l'approvazione del Piano Risk management (PARM) entro il termine del 15 marzo 2015 come indicato dalle Linee guida emanate dalla Regione Lazio;

### **RICHIAMATI**

- l'atto deliberativo n° 573 del 9.05.2014 recante "Comitato Infezioni correlate all'assistenza e relativo regolamento";
- l'atto deliberativo n. 695 del 23.05.2014 avente ad oggetto: "Istituzione del Comitato Valutazione Sinistri";
- l'atto deliberativo n. 699 del 27.05.2014 avente ad oggetto: "Presa d'atto Piano Aziendale di Risk Management Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni correlate all'assistenza";

### **VISTI**

i pareri del Direttore Amministrativo e Sanitario

**Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone**  
**PIANO AZIENDALE DI RISK MANAGEMENT GESTIONE DEL RISCHIO**  
**CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**  
**ANNO 2015**

Questo documento descrive le attività da svolgere nell'ambito dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone, **per l'anno 2015**, relativamente a:

- **Gestione del rischio clinico (del quale il piano aziendale di gestione di risk management -d'ora in avanti denominato PARM - rappresenta il principale strumento operativo)**
- **Gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (d'ora in avanti definite ICA)**

I presupposti sono rappresentati da:

- precedente piano PARM-ICA anno 2014
- analisi delle criticità rilevate in sede regionale e recepimento delle indicazioni pervenute in merito
- linee guida di indirizzo Regionali per la stesura del Piano di Risk Management - (PARM): gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA), emanate nell'anno 2014 e confermate valide per l'anno 2015
- relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Lazio anno 2014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio (nota Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico, GR/11/26, prot. N.58028 del 03/02/2015)
- nota Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico, GR/11/26 , prot. N.99218 del 23/02/2015

## **NOTA IMPORTANTE**

Il PARM 2015 dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone sarà basato sull'attuale organizzazione aziendale ai fini della valutazione e della gestione del Rischio Clinico, come risultante al 31/12/2014, secondo i dati di seguito riportati. Si dovrà però necessariamente tenere conto:

- del progetto dell'Atto di Autonomia Aziendale 2014-2016, atto deliberativo n.1398 del 13/11/2014, in corso di valutazione regionale, per approvazione definitiva.

- del piano strategico aziendale adottato con atto deliberativo n. 1397 del 13/11/2014.

Gli specificati documenti sono pubblicati sul sito aziendale alle home page5.

Ciò in quanto la struttura aziendale sarà comunque profondamente modificata con la definitiva approvazione dell'atto medesimo.

## **PREMESSA**

Situazione al 31/12/2014 e fino all'approvazione ed applicazione dell'Atto di Autonomia Aziendale 2014 - 2016: l'Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone è attualmente caratterizzata dal fatto di essere Azienda Territoriale, con responsabilità di gestione di 4 Ospedali. Oltre alla Direzione Strategica (Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa) esistono 8 Dipartimenti (Dip. Scienze Mediche; Dip. Scienze Chirurgiche; Dip. 3 D; Dip. Misto dei Servizi; D.S.M., D.E.A.; Dip. Prevenzione; Dipartimento dell'Integrazione Socio Sanitaria e Tutela della Maternità e del Bambino), 4 Direzioni di Polo Ospedaliero e 4 Direzioni di Distretto (Anagni – Alatri, Frosinone, Sora, Cassino).

Situazione da prevedersi con l'approvazione definitiva dell'Atto di Autonomia Aziendale 2014-2016: viene mantenuta l'articolazione in 4 Distretti Sanitari, con ciascun Distretto articolato in 2 aree- area dell'assistenza primaria e area materno-infantile. Nell'area dell'assistenza primaria si collocano le Case della Salute (propriamente articolazioni organizzative del Distretto Sanitario secondo le indicazioni del Decreto del Commissario ad Acta n.U00428 del 2013).

E' operativa la Casa Della Salute di Pontecorvo e nel corso dell'anno 2015

saranno rese operative le Case della Salute di Atina (primo step marzo 2015) e Ceccano. Sempre nel corso dell'anno 2015 inizierà l'attività la Casa Di Maternità di Alatri e l'Hospice di Isola del Liri con 15 posti letto; l'attività di Risk Management riguarda anche i particolari profili di rischio di queste strutture e le conseguenti necessità ed attività per gestirlo. Per quanto riguarda la rete ospedaliera viene ridotta di 1 Unità il numero dei Poli Ospedalieri (da 4 a 3 : Polo Ospedaliero AB Frosinone-Alatri, Polo Ospedaliero C- Sora, Polo Ospedaliero D- Cassino)

Dotazione posti letto al 30/06/2014- dati NSIS

|           | attivi   |         |       |     | previsti |         |       |     |
|-----------|----------|---------|-------|-----|----------|---------|-------|-----|
| P.O.      | ordinari | Lungod. | Dh/ds | Tot | ordinari | Lungod. | Dh/ds | Tot |
| Frosinone | 369      | 15      | 38    | 422 | 398      | 15      | 26    | 439 |
| Alatri    |          |         |       |     |          |         |       |     |
| Sora      | 173      | 21      | 27    | 221 | 193      | 21      | 17    | 231 |
| Cassino   | 213      |         | 21    | 228 | 270      | 21      | 18    | 309 |
| totale    | 755      | 36      | 86    | 877 | 861      | 57      | 61    | 979 |

Di seguito si riporta prospetto illustrativo di dettaglio (situazione al 31/12/2014) riguardante l'assetto organizzativo ospedaliero attuale, con l'avvertenza che comunque già da ora i P.O. di Frosinone e di Alatri sono unificati in unica Direzione di Polo e che è già prevista per l'anno 2015 la disattivazione della U.O.C. Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Alatri.

Al 31.12.2014 i **dipendenti** erano 3867 – 3623 TI (tempo indeterminato) e 244 TD (tempo determinato):

- *Dirigenza Medica Sanitaria* 762 TI e 69 TD
- *Ruolo Prof. Dirigenti* 5 TI
- *Comparto Sanitario* 2006 TI e 39 TD
- *Ruolo Tecnico* 1 DIR TI, 479 TI, 122 TD
- *Ruolo Amministrativo* 7 DIR TI, 371 TI, 14 TD

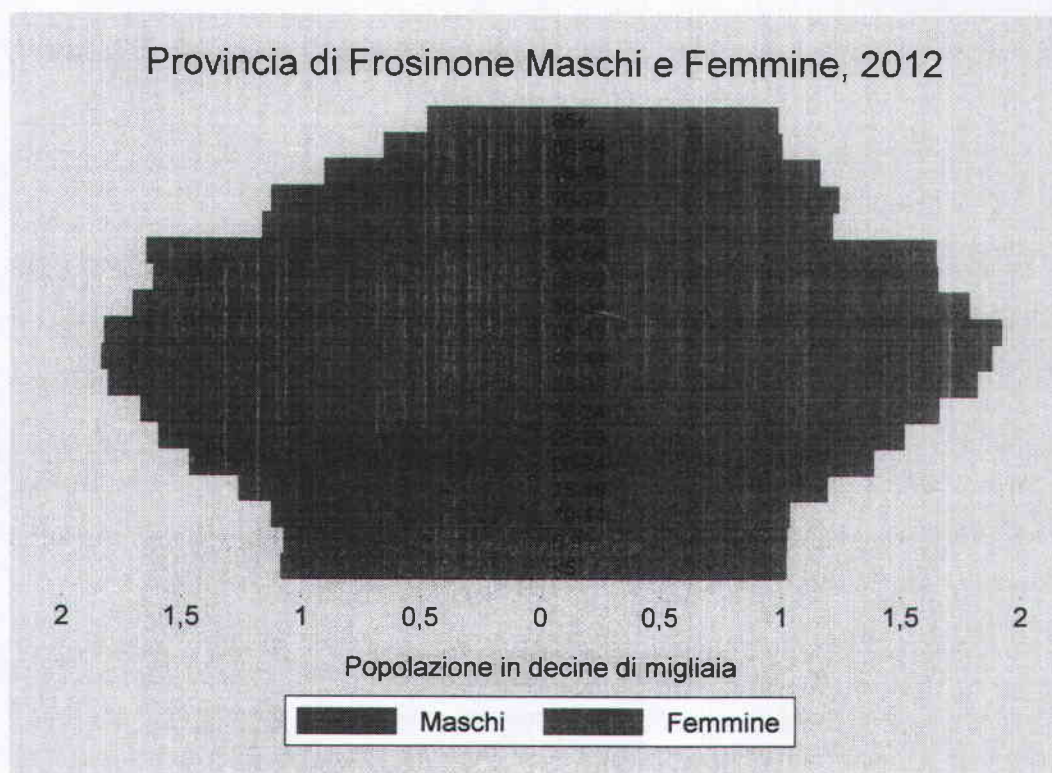
Paragonando i dati 2013 con quelli del 2014 si vede che vi è stata una riduzione di 24 unità per la Dirigenza Medica Sanitaria e di 30 unità per il Comparto Sanitario. Il differenziale è destinato ad aumentare per l'anno

2015 in rapporto ai previsti pensionamenti. Ciò comporterà, pure a fronte della progettata riorganizzazione aziendale, un possibile ulteriore aumento dei carichi di lavoro con necessità di "ricalibrare" l'attività di gestione dei rischi connessi.

In questo contesto andrà anche valutata la modifica della struttura dei Dipartimenti, che pur rimanendo 8, vengono profondamente rimaneggiati dall'Atto di Autonomia Aziendale 2014-2016; 6 saranno di afferenza Ospedaliera: Dipartimento Emergenza e Urgenza- Dipartimento Scienze Mediche- Dipartimento Scienze Chirurgiche- Dipartimento Assistenza Infermieristica, Ostetrica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione- Dipartimento Diagnostica e Assistenza Farmaceutica- Dipartimento Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza e 2 di afferenza Distrettuale: Dipartimento Prevenzione- Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie

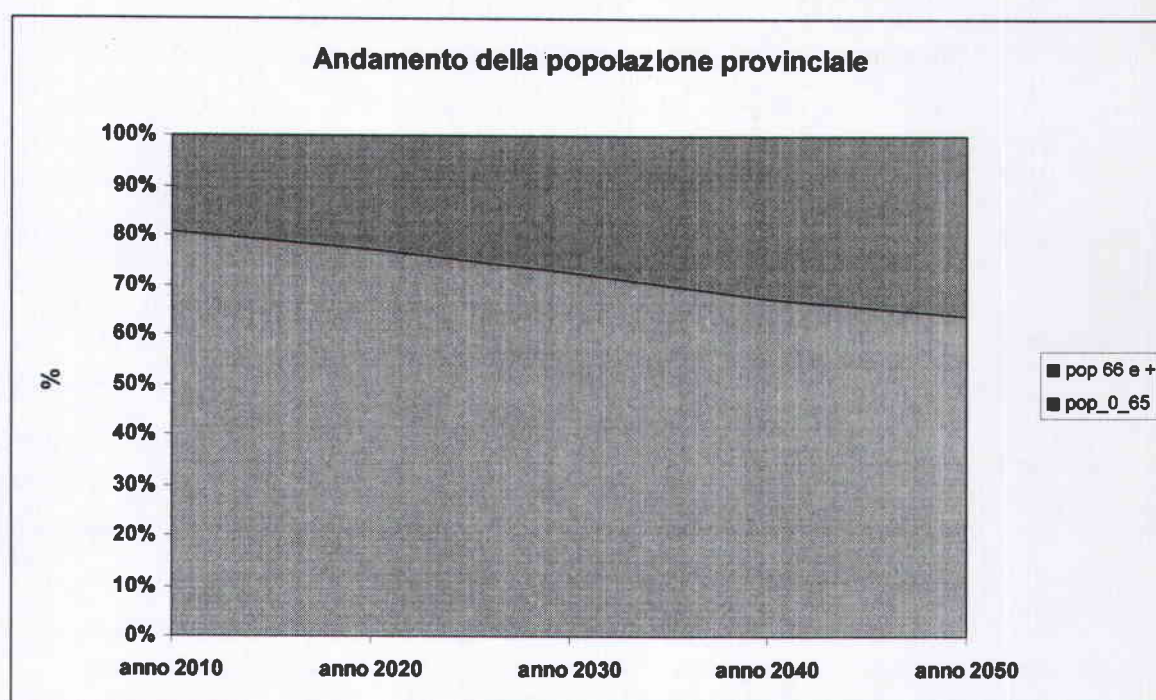
Le attività aziendali riguardano un totale di circa 500.000 residenti con maggiore consistenza del contingente femminile rispetto a quello maschile. Si riporta la tabella già inserita nel precedente PARM relativa al rilievo del 01/01/2013.

**Piramide dell'età della popolazione residente in provincia di Frosinone all'1-1-2013**



Stime ISTAT sull'evoluzione nel medio-lungo periodo della struttura della popolazione provinciale residente, costruite supponendo un ulteriore miglioramento dei livelli di sopravvivenza rispetto a quanto già rilevato negli ultimi anni, un aumento, sia pur contenuto, della fecondità e un incremento dei flussi migratori, disegnano lo scenario demografico provinciale fino all'anno 2050, rappresentato in figura 2, da cui si vede che il peso della popolazione ultrasessantacinquenne è destinato a crescere.

Tenuto conto che gli anziani sono, per necessità, importanti consumatori di servizi sanitari ed ipotizzando invariati i loro modelli di consumo, è prevedibile un aumento di domanda di prestazioni soprattutto legate alla presenza di malattie cronico-degenerative, la cui incidenza e prevalenza aumenta con il crescere dell'età.



## MORTALITA'

Una sintesi in forma grafica della mortalità per i principali gruppi di causa nella ASL Frosinone e nei relativi distretti è riportata nella sottostante tabella (fonte: D/EP/Lazio modificata) che evidenzia gli scostamenti rispetto al riferimento re-

gionale. Con segno + rosso si indica un tasso standardizzato superiore a quello regionale di riferimento (quindi un rischio di morte più elevato), con segno - blu un tasso standardizzato minore di quello complessivo regionale (quindi un rischio di morte più basso) e con segno = verde un tasso standardizzato uguale a quello regionale di riferimento (e quindi un rischio di morte non significativamente diverso rispetto a quello regionale).

| CAUSA                        | ASL FR |   | DISTR. A |   | DISTR. B |   | DISTR. C |   | DISTR. D |   |
|------------------------------|--------|---|----------|---|----------|---|----------|---|----------|---|
|                              | M      | F | M        | F | M        | F | M        | F | M        | F |
| Tutte le cause               | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Tumori maligni               | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Stomaco                      | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Intestino, colon, retto      | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Fegato e vie biliari         | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Trachea, bronchi e polmoni   | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Mammella                     | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Prostata                     | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Utero                        | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Ovaio                        | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| T. linfatico e emopoietico   | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Diabete mellito              | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Malattie del s. circolatorio | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| M. ischemiche del cuore      | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Altre malattie del cuore     | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Ictus                        | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| BPCO                         | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| M. dell'apparato digerente   | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Cirrosi                      | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Traumatismi ed avvelenamenti | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |
| Incidenti stradali           | =      | = | =        | = | =        | = | =        | = | =        | = |

Assumendo come riferimento i valori osservati nella Regione Lazio, si registra in provincia di Frosinone un tasso di mortalità standardizzata per tutte le cause più elevato tra i maschi, mentre tra le femmine non ci sono differenze statisticamente significative. In provincia di Frosinone si osserva un rischio di morte per malattie del sistema circolatorio significativamente più elevato, fatta eccezione per le malattie ischemiche del cuore, in particolare per l'infarto. Entrambi i sessi mostrano incrementi significativi del rischio di morte per ictus.

Il rischio di mortalità per tutti i tumori tra i maschi non si discosta significativamente da quello osservato nella regione Lazio, mentre le femmine residenti in provincia hanno un rischio del 13% più basso di morire per tumore

maligno rispetto alle donne residenti nel Lazio. Si osservano comunque rischi più elevati per sedi specifiche: stomaco in entrambi i sessi, esofago (tra le femmine), laringe (tra i maschi), utero e ovaio.

Per quanto riguarda le malattie dell'apparato respiratorio, si riscontra un incremento di mortalità nei maschi, mentre, relativamente alle malattie dell'apparato digerente, il rischio di morte per cirrosi risulta significativamente più elevato in entrambi i sessi.

Circa i profili di mortalità dei singoli distretti della ASL, si evidenziano alcune peculiarità.

Il Distretto "A" mostra un profilo abbastanza simile all'intera ASL, ma presenta un aumento del rischio di morte per tutte le cause tra le donne, mentre non si osservano incremento del rischio di morte per i tumori, tranne che per il tumore dell'esofago tra le donne.

Il Distretto "B" mostra un profilo simile all'intera ASL. Rischi più elevati si osservano per i tumori della laringe e, solo tra i maschi, per malattie dell'apparato respiratorio.

Il Distretto "C" non condivide con la ASL il maggior rischio di morte per tutte le cause e per le malattie dell'apparato respiratorio.

Il Distretto "D" presenta un maggior rischio di morte nei maschi per tumori della laringe e della prostata e nelle femmine per tumori dell'utero e dell'ovaio. Si segnala anche un rischio maggiore di morte per le malattie ischemiche di cuore, in entrambi i sessi. Si evidenzia infine un maggior rischio di morte per cirrosi tra le femmine e per traumatismi tra i maschi.

## **MORBOSITA'**

In Provincia di Frosinone si registrano:

- tassi di prevalenza della BPCO più elevati nei maschi rispetto ai tassi regionali, specie nel Distretto "D";
- tassi di prevalenza di diabete più elevati sia nei maschi che, soprattutto, nelle femmine rispetto ai tassi regionali;
- tassi di incidenza di eventi coronarici acuti più bassi nei maschi, rispetto ai tassi regionali;

- tassi di incidenza di eventi cerebrovascolari acuti più elevati rispetto ai tassi regionali, sia nei maschi che nelle femmine.

## **OSPEDALIZZAZIONE**

Il tasso di ospedalizzazione per ricovero ordinario nell'anno 2012 (ultimi dati disponibili) in provincia di Frosinone è stato pari a 118 per 1000, in entrambi i sessi, mentre quello per il ricovero diurno è stato pari a 34 per mille per entrambi i generi. Tali tassi risultano significativamente più elevati rispetto al valore regionale per quanto riguarda il ricovero ordinario e significativamente più bassi per quanto riguarda i ricoveri diurni.

Le cause di ospedalizzazione riflettono il profilo di mortalità, con incrementi rispetto al valore medio regionale per le stesse condizioni patologiche. Si segnala tuttavia un maggiore ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario, rispetto al valore regionale, per disturbi psichici, infarto non STEMI e BPCO in entrambi i sessi e per diabete, malattie della tiroide e malattie dell'apparato genito-urinario nel sesso femminile.

L'analisi relativa alla classe di età 0-14 ha mostrato un aumento del rischio di ricovero, rispetto alla media regionale, per tutte le cause in entrambi i sessi e in tutti i distretti sanitari della ASL, con particolare rilevanza delle malattie infettive, delle gastroenteriti e dell'asma bronchiale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera per acuti, si riportano di seguito, per ciascun PO, le Unità Operative presenti al 31/12/2014 con i relativi posti letto e il numero di accessi in Pronto Soccorso

## Ricognizione dell'assetto organizzativo - ospedaliero

| U.O. (descrizione)           |                           |                     | Numero di posti letto in regime di ricovero |                          | Numero di accessi P.S. |
|------------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Dipartimento                 | UOC/ UOSD                 | Distretto/ presidio | Degenza Ordinaria                           | Day Hospital Day Surgery |                        |
| Scienze Mediche              | Medica Generale           | PO Alatri           | 28                                          | 2                        |                        |
| Scienze Chirurgiche          | Chirurgia Generale        | PO Alatri           | 12                                          | 0                        |                        |
| Scienze Mediche              | Emodialisi                | PO Alatri           | 18                                          |                          |                        |
| Integrazione Socio Sanitaria | Pediatria                 | PO Alatri           | 11                                          | 1                        |                        |
| Integrazione Socio Sanitaria | Pediatria                 | PO Alatri           | 12                                          |                          |                        |
| Integrazione Socio Sanitaria | Ostetricia e Ginecologia  | PO Alatri           | 23                                          | 1                        |                        |
| Scienze Chirurgiche          |                           | PO Alatri           | 0                                           | 6                        |                        |
| Scienze Chirurgiche          | Ortopedia e Traumatologia | PO Alatri           | 0                                           |                          |                        |
| Scienze Mediche              | Lungodegenza              | PO Alatri           | 15                                          |                          |                        |
| Misto dei Servizi            |                           | PO Alatri           |                                             |                          |                        |
| Scienze Mediche              | Endoscopia Digestiva      | PO Alatri           |                                             |                          |                        |
| Misto dei Servizi            |                           | PO Alatri           |                                             |                          |                        |
| Scienze Chirurgiche          |                           | PO Alatri           |                                             |                          |                        |
| DEA                          |                           | PO Alatri           |                                             |                          |                        |
| Scienze Mediche              |                           | PO Alatri           |                                             |                          |                        |
| DEA                          | Pronto Soccorso           | PO Alatri           |                                             |                          | 30247                  |

## "Ricognizione dell'assetto organizzativo - ospedaliero"

| U.O. (descrizione)       |                     |                     | Numero di posti letto in regime di ricovero |                          | Numero di accessi P.S. |
|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Dipartimento             | UOC/ UOSD           | Distretto/ presidio | Degenza Ordinaria                           | Day Hospital/Day Surgery |                        |
| Dip. Scienze Mediche     | CARDIOLOGIA         | "D"                 | 8                                           |                          |                        |
| Dip. Scienze Chirurgiche | CHIRURGIA           | "D"                 | 30                                          | 3                        |                        |
| Dip. Scienze Mediche     | GERIATRIA           | "D"                 | 34                                          | 1                        |                        |
| Dip. Scienze Mediche     | MEDICINA            | "D"                 | 32                                          | 4                        |                        |
| Dip. Scienze Mediche     | NEFROLOGIA          | "D"                 | 10                                          |                          |                        |
| Dip. DISS                | NIDO                | "D"                 | 16                                          |                          |                        |
| Dip. Scienze Chirurgiche | OCULISTICA          | "D"                 | 0                                           |                          |                        |
| Dip. Scienze Chirurgiche | ORTOPEDIA           | "D"                 | 15                                          | 4                        |                        |
| Dip. DISS                | OSTETR. GINECOLOGIA | "D"                 | 18                                          | 1                        |                        |
| Dip. Scienze Chirurgiche | O.R.L.              | "D"                 | 8                                           | 2                        |                        |
| Dip. DISS                | PEDIATRIA           | "D"                 | 8                                           | 1                        |                        |
| Dip. Scienze Mediche     | S.P.D.C.            | "D"                 | 12                                          | 1                        |                        |
| Dip. Scienze Chirurgiche | UROLOGIA            | "D"                 | 9                                           | 1                        |                        |

|                            |                         |     |    |   |       |
|----------------------------|-------------------------|-----|----|---|-------|
| DEA                        | ANEST./<br>RIANIMAZIONE | "D" | 6  |   |       |
| Dip. Scienze<br>Mediche    | U.T.I.C.                | "D" | 4  |   |       |
| Dip. Scienze<br>Mediche    | GASTROENTEROLO-<br>GIA  | "D" | 10 | 1 |       |
| Dip.<br>Scienze<br>Mediche | PNEUMOLOGIA             | "D" | 19 | 2 |       |
| DEA                        | PRONTO SOCCORSO         | "D" |    |   | 44149 |
| Dip. DISS                  | PEDIATRIA               | "D" |    |   |       |

### "Ricognizione dell'assetto organizzativo - ospedaliero"

| U.O. (descrizione)                                                                       |                         | Numero di posti letto<br>in regime di ricovero |                                     | Numero<br>di<br>accessi<br>P.S. |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| UOC/ UOSD                                                                                | Distret-<br>to/presidio | Degenza<br>Ordinaria                           | Day<br>Hospital<br>Day Sur-<br>gery |                                 |
| <i>Cardiologia</i>                                                                       | Presidio                | 19                                             | 2                                   | 0                               |
| <i>Chirurgia generale</i>                                                                | Presidio                | 35                                             | 2                                   | 0                               |
| <i>Dermatologia</i> <i>am-<br/>bulatoriale</i>                                           | Presidio                | 0                                              | 0                                   | 0                               |
| <i>Direzione Amministrativa</i>                                                          | Presidio                | 0                                              | 0                                   | 0                               |
| <i>Direzione Sanitaria</i>                                                               | Presidio                | 0                                              | 0                                   | 0                               |
| <i>Ematologia,</i> <i>im-<br/>munoematologia</i>                                         | Presidio                | 10                                             | 4                                   | 0                               |
| <i>Emodialisi</i>                                                                        | Presidio                | 15 letti tec-<br>nici                          | 0                                   | 0                               |
| <i>Emodinamica</i>                                                                       | PO Frosinone            | 0                                              | 0                                   | 0                               |
| <i>Gastroenterologia ed</i> <i>en-<br/>doscopia digestiva</i> <i>am-<br/>bulatoriale</i> | PO Frosinone            | 0                                              | 0                                   | 0                               |

|                                                                            |              |    |   |       |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|----|---|-------|
| <i>Laboratorio di analisi</i>                                              | PO Frosinone | 0  | 0 | 0     |
| <i>Malattie infettive e tropicali</i>                                      | PO Frosinone | 14 | 1 | 0     |
| <i>Medicina e chirurgia d'ac-<br/>cettazione E-<br/>mergenza - Urgenza</i> | PO Frosinone | 10 | 0 | 46800 |
| <i>Medicina generale</i>                                                   | PO Frosinone | 60 | 2 | 0     |
| <i>Medicina legale</i>                                                     | PO Frosinone | 0  | 0 | 0     |
| <i>Nefrologia</i>                                                          | PO Frosinone | 6  | 2 | 0     |
| <i>Neurologia</i>                                                          | PO Frosinone | 0  | 0 | 0     |
| <i>Nido, neonati sani</i>                                                  | PO Frosinone | 12 | 0 | 0     |
| <i>Oculistica</i>                                                          | PO Frosinone | 1  | 3 | 0     |
| <i>Oncologia</i>                                                           | PO Frosinone | 0  | 5 | 0     |
| <i>Ortopedia e traumatologia</i>                                           | PO Frosinone | 28 | 2 | 0     |
| <i>Ostetricia e ginecologia</i>                                            | PO Frosinone | 24 | 0 | 0     |
| <i>Otorinolaringoiatria, audiologia</i>                                    | PO Frosinone | 8  | 5 | 0     |
| <i>Patologia neonatale, neonatologia</i>                                   | PO Frosinone | 15 | 0 | 0     |
| <i>Pediatria</i>                                                           | PO Frosinone | 7  | 1 | 0     |
| <i>Poliambulatori ospedalieri</i>                                          | PO Frosinone | 0  | 0 | 0     |
| <i>Prevenzione Cardiovascolare</i>                                         | PO Frosinone | 0  | 0 | 0     |
| <i>Psichiatria</i>                                                         | PO Frosinone | 10 | 0 | 0     |
| <i>Radiologia</i>                                                          | PO Frosinone | 0  | 0 | 0     |
| <i>Recupero e riabilitazione funzionale</i>                                | PO Frosinone | 0  | 0 | 0     |
| <i>Riabilitazione Cardiologica</i>                                         | PO Frosinone | 0  | 0 | 0     |
| <i>Sale operatorie</i>                                                     | PO Frosinone | 0  | 0 | 0     |

|                                                             |              |    |   |   |
|-------------------------------------------------------------|--------------|----|---|---|
| <i>Sale parto</i>                                           | PO Frosinone | 0  | 0 | 0 |
| <i>Servizi cartelle cliniche</i>                            | PO Frosinone | 0  | 0 | 0 |
| <i>Servizi di farmacia o-<br/>spedaliera</i>                | PO Frosinone | 0  | 0 | 0 |
| <i>Unità terapia intensiva co-<br/>ronarica</i>             | PO Frosinone | 6  | 0 | 0 |
| <i>Servizi di rianimazione e te-<br/>rapia intensiva</i>    | PO Frosinone | 8  | 0 | 0 |
| <i>Urologia</i>                                             | PO Frosinone | 14 | 2 | 0 |
| <i>Anatomia ed istologia pa-<br/>tologica ambulatoriale</i> | PO Frosinone | 0  | 0 | 0 |
| <i>Centro trasfusionale</i>                                 | PO Frosinone | 0  | 0 | 0 |
| <i>Cardiologia Pediatrica</i>                               | PO Frosinone | 0  | 0 |   |
| <i>Pronto Soccorso</i>                                      | PO Frosinone | 10 | 0 |   |
|                                                             | PO Frosinone | 15 |   |   |

### "Ricognizione dell'assetto organizzativo - ospedaliero"

| U.O. (descrizione)     |                    |                       | Numero di posti letto in regime di ricovero |                                  | Numero di accessi P.S. |
|------------------------|--------------------|-----------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Dipartimen-<br>to      | UOC/ UOSD          | Distretto<br>presidio | Degenza<br>Ordina-<br>ria                   | Day Hospi-<br>tal/Day<br>Surgery |                        |
| Scienze<br>Mediche     | Cardiologia/UTIC   | Ospedale So-<br>ra    | 8                                           | 0                                |                        |
| Scienze<br>Mediche     | UTIC               | Ospedale So-<br>ra    | 4                                           |                                  |                        |
| Scienze<br>Chirurgiche | Chirurgia Generale | Ospedale So-<br>ra    | 29                                          | 1                                |                        |

|                             |                         |                |    |   |       |
|-----------------------------|-------------------------|----------------|----|---|-------|
| Scienze Mediche             | Medicina Generale       | Ospedale So-ra | 54 | 6 |       |
| Scienze Mediche             | Nefrologia              | Ospedale So-ra | 0  | 2 |       |
| Integrazione Sociosanitaria | Pediatria               | Ospedale So-ra | 14 |   |       |
| Scienze Chirurgiche         | Oculistica              | Ospedale So-ra | 0  |   |       |
| Scienze Chirurgiche         |                         | Ospedale So-ra | 0  |   |       |
| Scienze Chirurgiche         |                         | Ospedale So-ra |    |   |       |
| Integrazione Sociosanitaria | Ostetricia/Ginecologia  | Ospedale So-ra | 20 | 2 |       |
| Scienze Chirurgiche         |                         | Ospedale So-ra | 0  |   |       |
| Integrazione Sociosanitaria | Pediatria               | Ospedale So-ra | 8  |   |       |
| Salute Mentale              | SPDC                    | Ospedale So-ra | 12 | 3 |       |
| Scienze Chirurgiche         |                         | Ospedale So-ra | 0  |   |       |
|                             | Anestesia /Rianimazione | Ospedale So-ra | 6  |   |       |
|                             |                         | Ospedale So-ra | 21 |   |       |
| Scienze Mediche             | Oncologia               | Ospedale So-ra | 12 | 9 |       |
| Misto dei Servizi           |                         | Ospedale So-ra |    |   |       |
| Scienze Mediche             |                         | Ospedale So-ra | 0  |   |       |
| Scienze Mediche             |                         | Ospedale So-ra |    |   |       |
| Misto dei Servizi           |                         | Ospedale So-ra |    |   |       |
| Misto dei Servizi           | Radiologia              | Ospedale So-ra |    |   |       |
| Misto dei Servizi           | Radioterapia            | Ospedale So-ra |    |   |       |
| DEA                         | Pronto Soccorso         | Ospedale So-ra |    |   | 27198 |

**NUMERO, DISTRIBUZIONE, TIPO DI PARTO PER P.O. ANNO 2014**

| TIPO DI PARTO        | PRESIDI OSPEDALIERI |            |            |            | TOTALE      |
|----------------------|---------------------|------------|------------|------------|-------------|
|                      | Frosinone           | Alatri     | Sora       | Cassino    |             |
| Spontaneo            | 686                 | 199        | 599        | 444        | 1.928       |
| Pilotato con farmaci | 5                   | 3          | 12         |            | 20          |
| Cesareo d'elezione   | 125                 | 137        | 154        | 150        | 566         |
| Cesareo d'urgenza    | 240                 | 89         | 163        | 44         | 536         |
| Forcipe              | 2                   | 1          | 2          |            | 5           |
| Ventosa              | 7                   | 8          | 11         |            | 26          |
| Altro                |                     | 1          | 1          |            | 2           |
| <b>TOTALE</b>        | <b>1065</b>         | <b>438</b> | <b>942</b> | <b>638</b> | <b>3083</b> |

**DISTRIBUZIONE DEI NATI PER P.O. E TIPO DI PARTO ANNO 2014**

| TIPO DI PARTO        | PRESIDI OSPEDALIERI |            |            |            | TOTALE      |
|----------------------|---------------------|------------|------------|------------|-------------|
|                      | Frosinone           | Alatri     | Sora       | Cassino    |             |
| Spontaneo            | 691                 | 199        | 601        | 444        | 1.935       |
| Pilotato con farmaci | 5                   | 3          | 12         |            | 20          |
| Cesareo d'elezione   | 128                 | 139        | 155        | 155        | 577         |
| Cesareo d'urgenza    | 248                 | 90         | 166        | 44         | 548         |
| Forcipe              | 2                   | 1          | 2          |            | 5           |
| Ventosa              | 7                   | 8          | 11         |            | 26          |
| Altro                |                     | 1          | 1          |            | 2           |
| <b>TOTALE</b>        | <b>1081</b>         | <b>441</b> | <b>948</b> | <b>643</b> | <b>3113</b> |

### PERSONALE E ASSISTITI C.A.D. 2014

| DISTRET. | N°<br>infirm<br>ruolo | N°<br>Ter<br>ap.<br>Log<br>op<br>Ruo | Paz.<br>Tot. | Paz.<br>Media<br>Intens<br>Assist.<br>Con<br>PAI | Paz.<br>Infer<br>Occa. | Paz.<br>FKT | Prest.<br>Infer. | Pres.<br>FKT | Paz<br>RSA | Val.<br>Equip<br>e<br>UVT/<br>RSA | Valut<br>Equi.<br>CAD |
|----------|-----------------------|--------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------|------------------------|-------------|------------------|--------------|------------|-----------------------------------|-----------------------|
| ANAGNI   | 6                     | 3                                    | 1524         | 460                                              | 1064                   | 210         | 13800            | 2100         | 40         | 78                                | 214                   |
| FROSIN.  | N8CAD<br>N3T.A.       | 7                                    | 2250         | 1250                                             | 1000                   | 739         | 20370            | 8052         | 140        | 160                               | 522                   |
| SORA     | 8                     | 5                                    | 1820         | 800                                              | 1020                   | 210         | 16390            | 3289         | 104        | 104                               | 296                   |
| CASSINO  | 4                     | 4                                    | 1991         | 1006                                             | 789                    | 196         | 9606             | 1721         | 416        | 121                               | 1015                  |
| TOT      | 26<br>3T.A.           | 19                                   | 7585         | 3516                                             | 3873                   | 1355        | 60166            | 15162        | 700        | 463                               | 2047                  |

### EVENTI AVVERSI - EVENTI SENTINELLA – SINISTRI

#### A.U.S.L. FROSINONE

Dati Ufficiali estrapolati da piattaforma LAIT

| Anno | Eventi avversi | Eventi<br>sentinella | Sinistri |
|------|----------------|----------------------|----------|
| 2011 | 46             | 15                   | 36       |
| 2012 | 61             | 15                   | 154      |
| 2013 | 47             | 5                    | 179      |
| 2014 | 53             | 6                    | 62       |

Nota: come precisato nel precedente PARM l'incremento progressivo negli anni non è dovuto all'aumento della sinistrosità, ma al "recupero" e all'inserimento su piattaforma LAIT di eventi relativi alle annualità pregresse. L'anno 2014 può invece essere considerato anno "a regime", pur con l'avvertenza che nel corso dell'anno emergono sinistri anche relativi agli anni precedenti.

### GENERALITA' E DEFINIZIONI

Il **rischio clinico** rappresenta la possibilità che un **percorso clinico** (successione di atti finalizzati a formulare una diagnosi, anche al fine di

eseguire un trattamento terapeutico, posto in essere in favore del un paziente al fine di ottenere la guarigione, o migliorare lo status clinico iniziale o impedirne il peggioramento) possa essere complicato da un **evento avverso** (danno imputabile all'attività assistenziale che comporta un prolungamento del ricovero ospedaliero, il peggioramento delle condizioni di salute, la necessità di ulteriore intervento per trattare le complicazioni, e, nei casi più gravi, il decesso del paziente). Il rischio clinico è per definizione prevedibile, statisticamente misurabile, evitabile con l'adozione di procedure idonee.

### **SCOPI E FINALITA'**

Un'adeguata gestione del rischio clinico è finalizzata ad ottenere i seguenti risultati:

- Migliorare l'efficienza delle cure e delle altre linee di attività aziendale
- Garantire la sicurezza degli utenti
- Aumentare la customer satisfaction
- Abbattere il contenzioso, liberando risorse economiche (quelle impiegate per la gestione legale della casistica, quelle dedicate alla liquidazione dei risarcimenti, per i costi assicurativi ecc.)
- Migliorare l'immagine dell'Azienda
- Migliorare il livello di stress per gli Operatori, ripartirne nella misura migliore possibile i carichi di lavoro e garantirne la sicurezza
- Garantire la sicurezza degli Operatori riguardo i vari profili di rischio identificabili nel ciclo di lavoro, con particolare riferimento al rischio biologico.

La **gestione del rischio clinico** deve essere svolta secondo **modalità condivise** (le metodiche da impiegare non possono essere "calate dall'alto" ma devono essere formulate e applicate con la partecipazione di tutti gli operatori coinvolti: approccio multidisciplinare), devono essere ben conosciute dagli Operatori (attività di formazione) e devono essere concretamente applicabili. Inoltre, i loro effetti devono essere misurabili. Deve essere naturalmente prevista una **partecipazione all'ambiente esterno** (area dell'utenza o della potenziale utenza) degli scopi, degli obiettivi, dei metodi e dei risultati. Deve essere ottenuta, inizialmente almeno per la segnalazione

delle criticità, l'attiva collaborazione dell'Utenza. La valutazione dell'attività svolta nell'ambito del PARM (che dovrà necessariamente rispettare un preciso cronoprogramma) non può essere autoreferenziale, ma deve essere ancorata a precisi indicatori, con verifica periodica.

Le attività di Risk Management (RM) debbono anche riguardare le linee di attività svolte sul territorio, e quindi in ambito distrettuale ( con riguardo anche alle strutture ad esso afferenti: Case della Salute, Hospice di Isola del Liri e istituenda Casa di Maternità di Alatri.

La premessa fondamentale dell'attività Aziendale è quella di porre il Paziente o comunque l'Utente (anche quando le richieste di questi non siano finalizzate ad ottenere prestazioni di carattere esclusivamente diagnostico / terapeutico) al centro delle attività: l'Azienda è pensata per soddisfare (nei limiti delle risorse e disponibilità economiche contingenti e con gli obblighi che la normativa comporta) il bisogno assistenziale. Ciò anche tenendo conto della necessità di garantire diagnosi e cure tempestivamente (spesso una diagnosi tardiva è inefficace) e garantendo rigorose metodiche che assicurino pari opportunità per l'accesso alle prestazioni, che dovranno essere qualitativamente le migliori possibili, nel rispetto anche delle priorità insite nella casistica e, comunque caratterizzate dal più elevato livello di sicurezza possibile per gli Utenti e per gli Operatori.

La **strategia di gestione del rischio clinico** non riguarda solo evitare l'errore, o il verificarsi dell'evento avverso e quindi il danno al paziente (organizzando, i processi assistenziali in modo tale che siano efficaci per coloro che chiedono all'Azienda il giusto soddisfacimento di un bisogno sanitario); è finalizzato in particolare (attraverso le opportune metodiche di cui in seguito si dirà) al globale miglioramento dei percorsi terapeutico – assistenziali ottimizzando l'impiego delle risorse umane, strumentali, strutturali ed economiche di cui l'Azienda dispone.

Tale attività riguarda in senso stretto il **rischio clinico** (possibilità che l'Assistito sia danneggiato da errore, imputabile a qualsiasi causa, occorso nel trattamento assistenziale) ma anche il **rischio collaterale** all'attività di diagnosi e cura. (es. organizzativo, infrastrutturale ed economico) e il **rischio**

**occupazionale** (sicurezza degli Operatori).

## **OBIETTIVI STRATEGICI**

La formulazione del PARM e la sua effettiva applicazione, la partecipazione attiva degli Operatori, la condivisione degli obiettivi da parte di tutti i soggetti interessati, l'integrazione tra i diversi soggetti aziendali (Direzione Strategica, Strutture Operative Ospedaliere e Territoriali, Servizio di Risk Management) ed extra aziendali (Associazionismo, Volontariato) sarà un momento fondamentale di diffusione ed affermazione della cultura della sicurezza delle cure e di un *modello "partecipativo"* per l'attività assistenziale intesa nel senso più ampio possibile.

L'obiettivo è quello di ridurre gli eventi avversi (con verifica periodica), soprattutto, ma non esclusivamente, riguardo alle ICA, alla sicurezza dell'attività operatoria ed alla sicurezza della terapia antineoplastica.

Obiettivo non secondario è poi la diffusione ad ogni livello della **cultura della sicurezza**.

La **riduzione dei sinistri è obiettivo strategico fondamentale per l'Azienda**, in primo luogo perché ciò significa aver accresciuto la sicurezza delle cure e la loro efficacia e con effetto indiretto di ridurre risarcimenti e costi (anche, come detto, per spese legali e per le risorse destinate alla gestione sinistri), abbattendo il livello di conflittualità con l'ambiente esterno, migliorando l'immagine aziendale e quindi la sua capacità di "attrarre" la richiesta assistenziale. *Il PARM è uno strumento che persegue l'obiettivo di unificare ogni attività aziendale in materia di sicurezza (dei pazienti, degli operatori, degli strumenti, delle strutture) e, proprio per la mappatura dei profili di rischio che ottiene indirizza l'adeguato impiego delle risorse aziendali verso le aree di maggiore pericolosità.*

## **STRUMENTI**

Il PARM -ICA 2015 supera i limiti di interazione tra strutture che in qualche modo penalizzavano il precedente, che indicava come azione prevalente la collaborazione con la S.C. Affari Legali dell'Azienda. Nel corso dell'anno 2015

ed in costanza di applicazione di questo piano sarà strutturata una permanente collaborazione diretta con le Direzioni Sanitarie di Polo Ospedaliero e con le Direzioni di Distretto, sia per l'impostazione della soluzione di problematiche di carattere generale, sia per intervento immediato e diretto su singole eventualità.

La funzione di Risk Management nell'Azienda A.S.L. di Frosinone è assicurata dalla **S.C. Medicina Legale Ospedaliera Risk Management** che in attualità e nella previsione dell'Atto di Autonomia Aziendale 2014-2016 svolge e svolgerà queste attività:

- identifica, valuta e gestisce tutti i profili di rischio attinenti alle attività cliniche aziendali, per la migliore tutela dell'utenza e per garantire la sicurezza delle cure
- svolge attività di consulenza per tutte le strutture aziendali di diagnostica e di Assistenza e per la Direzione Strategica
- gestisce, per quanto di competenza medico-legale, il contenzioso che impegna l'Azienda per danni alla persona, in fase extra-giudiziale e giudiziale
- applica le direttive Regionali e Ministeriali in materia di gestione del rischio clinico
- garantisce il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri e delle procedure di indennizzo per soggetti danneggiati da vaccinazioni e emotrasfusioni
- svolge le procedure di audit interno e partecipa alle iniziative formative aziendali per le competenze di Risk Management.

L'integrazione tra Risk Manager, Affari Legali e Medicina Legale trova la sua soluzione nella strutturazione e nell'attività del **Comitato Valutazione Sinistri** con ampliamento della sfera di azione e delle competenze di questo (passaggio da un atteggiamento semplicemente reattivo ad uno proattivo, basato non sulla gestione dei danni, ma sulla prevenzione dei rischi).

In rapporto alla "mission" aziendale, alla sua articolazione (ospedaliera e territoriale), alle linee di attività svolte, alla mappatura del rischio eseguita (quindi in rapporto ai dati aziendali riguardanti sinistrosità, eventi avversi, eventi sentinella, near miss) **l'articolazione degli strumenti per la**

**gestione del rischio clinico – ICA** è la seguente:

### **Ruolo Direzione Strategica**

Fornisce le direttive generali e coordina, attraverso il Risk Manager, l'applicazione del piano. In particolare:

la **Direzione Generale** esamina preliminarmente il PARM ICA 2015, indica eventuali correttivi in rapporto a specifici obiettivi o a particolari attività da svolgere in rapporto alla mission affidata dalla Regione; approva il PARM ICA; riceve a cura del Risk Manager rapporti periodici circa il livello di attuazione del piano, le criticità emerse e gli interventi da compiere che esulano dai poteri del Risk Manager. La periodicità del report è fissata bimestralmente ma in ogni caso il PARM prevede informativa immediata circa criticità di particolare rilievo.

La **Direzione Sanitaria** orienta il Risk Manager per i contenuti di carattere sanitario e assistenziale del piano (e nella valutazione delle esigenze migliorative dell'assistenza scaturite dall'attività di reporting e dall'analisi della casistica); partecipa direttamente all'attività di audit o viene informata delle risultanze; partecipa all'attività del Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza ( che è uno degli strumenti attraverso il cui il PARM ICA viene applicato) e all'attività del Comitato Valutazione Sinistri; il Risk Manager svolge organica e continuativa attività di collaborazione con il Direttore Sanitario.

La **Direzione Amministrativa** individua e attribuisce le risorse economiche per l'applicazione del PARM ICA. Svolge inoltre attività di supervisione per ogni aspetto gestionale (personale, strumenti, infrastrutture)

### **Attività del Risk Manager e strutture coinvolte**

Il Risk Manager, direttamente con la S.C. che dirige e con il concorso di altre strutture ed articolazioni aziendali, come di seguito specificato, identifica, valuta e gestisce il rischio clinico.

*Le strutture coinvolte sono :*

**S.S. Formazione** (attività formativa per obiettivi riguardo gli Operatori. Gli obiettivi saranno fissati in rapporto alle specifiche necessità aziendali e di realizzazione del PARM)

**Direzioni Sanitarie di Polo Ospedaliero, Direzioni di Dipartimento, Direzioni di Distretto** (che formulano, in concorso con il Risk Manager ed in rapporto alla normativa Ministeriale e Regionale (tenendo conto delle necessità aziendali le linee guida e i protocolli necessari, contribuisce con il RM all'applicazione di quelle esistenti, eroga e controlla la formazione per l'attività necessaria alla loro applicazione)

**S.C. Affari Legali** per la gestione dei sinistri sia in fase extragiudiziaria che giudiziaria, integrando in questa attività il CVS

**Dipartimento Prevenzione** (per tutte le attività finalizzate alla sicurezza degli operatori)

**S.C. Patrimonio Tecnico Immobiliare** (per la sicurezza delle infrastrutture e per il miglioramento del rischio connesso alla gestione degli ambienti, degli impianti e delle apparecchiature).

**Comitato etico interaziendale**

**Comitato etico Commissione per il Prontuario terapeutico**

**Commissione per l'uso appropriato del farmaco e della diagnostica**

**Comitato per il buon uso del sangue**

**Comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere**

**Comitato per l'ospedale e il territorio senza dolore**

**Comitato unico di garanzia**

**Comitato scientifico**

## **GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE**

Verrà inoltre stabilito un raccordo funzionale con la U.O.S.D. Accreditamento, Vigilanza e Controllo delle Strutture Private Accreditate e, direttamente con queste ultime. Con la supervisione della Direzione Sanitaria Aziendale sarà costituito un **tavolo permanente per la gestione del rischio clinico nelle Strutture Private Accreditate** con l'obiettivo primario della diffusione delle procedure aziendali di gestione del rischio clinico relativamente a tre linee di azione principali:

verifica del livello raggiunto in materia di applicazione delle linee guida e

procedure finalizzate alla sicurezza dei pazienti e degli operatori (per questi ultimi anche con rilievo ed analisi delle denunce di infortunio / malattia professionale dell'ultimo triennio)

analisi ed implementazione dello stato di applicazione della check list di sala operatoria, della Scheda Unica Terapia (SUT), della Cartella Infermieristica.

Verifica ed implementazione dei processi di audit.

**Cronoprogramma: il tavolo permanente sarà costituito e reso operativo entro il 30 giugno 2015**

Presso ogni Direzione di Polo Ospedaliero (4) e di Distretto Socio – Sanitario sono previste delle **funzioni di Risk Management** da affidare ad una figura professionale medica, previa specifica formazione, che si rapporterà al Risk Manager. Al momento attuale le funzioni di segnalazione degli eventi avversi, la stesura di report su singoli accadimenti, la segnalazione di criticità organizzative ecc. sono affidate alle Direzioni Sanitarie di Polo o di Distretto. Questa situazione è ritenuta insufficiente in rapporto alle esigenze di implementazione dell'attività di Risk Management in quanto tali funzioni vengono ritenute in qualche modo "accessorie" rispetto alla mission delle Direzioni di Polo e di Distretto; la presenza di unità professionali "dedicate" all'interno delle suddette partizioni organizzative dell'Azienda permetterà di rendere più efficace l'attività di report e di gestione del rischio.

**Il Risk Manager è inserito nel CVS e nel CC – ICA, già costituiti.**

**IN DEFINITIVA QUINDI IL RISK MANAGER SI RAPPORTA DIRETTAMENTE PER LA SUA ATTIVITA' CON LA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE.**

**RIFERISCE AL DIRETTORE GENERALE, IN FORMA SCRITTA E IN DETTAGLIO, DELL'ATTIVITA' SVOLTA E, IN PARTICOLARE, DEL LIVELLO DI REALIZZAZIONE DEL PARM – ICA, DEI RISULTATI CONSEGUITI, DELLE CRITICITA' EMERSE, DEI PROVVEDIMENTI ADOTTATI, CON RELAZIONE BIMESTRALE**

## **II CC – ICA**

Il CC- ICA (strumento essenziale per il successo del presente piano), già esistente presso l'A.U.S.L. Frosinone (Atto Deliberativo N.1340 / 2012) è stato oggetto di revisione ed integrazione con l'Atto Deliberativo N. 573 del 09.05.2014 avente per oggetto: "*Comitato infezioni correlate all'assistenza e relativo regolamento*". Esso costituisce parte integrante del presente documento.

È presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale

Il Risk Manager è componente effettivo

In sintesi sono previsti:

- 1) Il *Comitato centrale per la lotta alle ICA*, presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale e composto da: Direttore Sanitario Polo Ospedaliero A; Responsabili Sanitari Poli Ospedalieri B,C,D; Risk Manager; RSPP; Medico Competente Coordinatore; Dirigente Medico Infettivologo; Dirigente Medico Epidemiologo; Dirigente Biologo; Dirigente Farmacista; Coordinatore Infermieristico.
- 2) I *Comitati periferici per la lotta alle ICA*, costituiti presso i P.O. di Frosinone, Sora, Cassino, Alatri, presieduti dai Direttori / Responsabili Sanitari di Polo, e composti da un Dirigente Medico (Coordinatore) e da un Coordinatore Infermieristico, addetti alla sorveglianza delle ICA.

E' stabilito che i Comitati possano essere integrati, in rapporto a tematiche di specifico interesse, da altre figure professionali.

E' previsto altresì (ed è stato approvato con lo stesso Atto Deliberativo) il *Regolamento* di funzionamento dei Comitati, che si trascrive in questa sede.

### **REGOLAMENTO del COMITATO ICA**

#### **Art. 1 – Definizione**

1. Il COMITATO ICA è un organo multidisciplinare avente come scopo la prevenzione, la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza; valorizza strette collaborazioni tra strutture e competenze direttamente coinvolte nella problematica.

2. Il COMITATO ICA in conformità a quanto previsto dalla C.M. n°52/85 e dalla C.M. n°8/88, è un organo propositivo e consultivo afferente alla Direzione

Sanitaria Aziendale ed è presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale

## **Art. 2 – Obiettivi ed attività**

Il COMITATO ICA adempie al suo compito attraverso le seguenti modalità:

- elabora, monitora ed implementa un programma aziendale per la prevenzione ed  
il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali;
- promuove e programma gli interventi di formazione del personale sanitario sulle tematiche attinenti il mandato del presente comitato;
- promuove la raccolta dati sulla incidenza e prevalenza delle infezioni correlate ai processi assistenziali e sulla distribuzione delle antibiotico-resistenze;
- promuove la divulgazione e l'utilizzo delle informazioni raccolte per favorire la revisione delle pratiche assistenziali;
- valida e diffonde a livello Aziendale Linee guida sull'utilizzo appropriato degli antibiotici, dei presidi, dei dispositivi medici, sulle procedure di disinfezione e sterilizzazione;
- valida e diffonde a livello Aziendale protocolli assistenziali mirati alla prevenzione e alla riduzione del rischio infettivo/biologico per gli assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti nei processi di cura monitorando la loro efficacia nell'applicazione;
- attiva gruppi di lavoro ad hoc per la valutazione e definizione di specifiche problematiche riconducibili al mandato del presente comitato;
- organizza la sorveglianza epidemiologica delle infezioni correlate ai processi assistenziali;
- contribuisce al conseguimento degli obiettivi aziendali di qualità, efficacia ed efficienza delle prestazioni assicurando la prevenzione e la sorveglianza delle infezioni;
- predispone un **piano annuale delle attività** dopo analisi dei problemi prioritari delle strutture ed in funzione delle risorse disponibili.

## **Art. 3 – Organizzazione**

Considerato lo specifico ruolo rivestito, il COMITATO ICA, è composto da:

1. Comitato centrale
2. 4 Comitati periferici: articolazioni operative presenti nei Presidi Ospedalieri di Frosinone, Alatri, Sora, Cassino.

#### **Art. 4 – Attribuzioni del Comitato Centrale**

Compete al Comitato Centrale:

- convocare le sedute ordinarie e straordinarie del COMITATO ICA, mediante avviso scritto, che deve essere recapitato ad ogni componente entro 7 giorni dalla data stabilita per la relativa seduta o, in caso di urgenza, almeno entro 48 ore;
- stabilire l'ordine del giorno;
- moderare le riunioni del CIO;
- richiedere il parere di esperti quando necessario all'argomento da trattare;
- assicurare la coerenza degli obiettivi individuati con le politiche aziendali;
- verifica l'attuazione delle decisioni assunte;
- In caso di tematiche particolari, il Comitato si avvale della collaborazione temporanea di Responsabili di Servizi o UU.OO. esterni al gruppo che, in caso di provvedimenti ritenuti dal Comitato urgenti, devono collaborare tempestivamente alla realizzazione degli stessi.

#### **Art. 5 – Attribuzioni amministrative e di segretariato**

Le funzioni di segretario del COMITATO ICA sono svolte dal collaboratore amministrativo citato in delibera;

L'attività amministrativa, compresa quella di segretariato è svolta dal Collaboratore

Amministrativo a cui è devoluta pure la registrazione delle convocazioni del CIO, la

redazione dei verbali delle sedute e di tutta la documentazione prodotta durante l'operatività del COMITATO ICA medesimo.

#### **Art. 6 – Attività del Comitato periferico**

- I Comitati periferici costituiscono lo strumento per assicurare l'approccio quotidiano ai temi della sorveglianza e della prevenzione.
- Il Comitato periferico
- E' Coordinato dal Direttore/Responsabile Sanitario del Presidio Ospedaliero
- E' investito di autonomia operativa, rispetto alle direttive concordate con il Comitato Centrale;
- Mette in atto le azioni per attuare il piano annuale definito dal COMITATO ICA;
- Implementa e verifica a livello aziendale l'attuazione e l'applicazione di linee guida, procedure e protocolli relativamente all'utilizzo appropriato degli antibiotici, dei presidi e dei dispositivi medici sulla base degli obiettivi del COMITATO ICA;
- Coordina gruppi di lavoro per la valutazione e possibili soluzioni di specifiche problematiche riconducibili al mandato del COMITATO ICA;
- Formula modelli e piani operativi di riferimento per la gestione del rischio infettivo relativo a germi alert o ad eventi epidemici;
- ☐ Redige una relazione semestrale dell'attività svolta.

#### **Art. 7– Frequenza e validità delle sedute del COMITATO ICA**

Le sedute ordinarie del Comitato Centrale e del gruppo operativo sono tenute, di norma, una volta ogni tre mesi e, comunque, ogni qualvolta sia reputato necessario , a giudizio del Comitato Centrale;

Il CIO è validamente riunito quando è presente la metà più uno dei componenti e delibera a maggioranza assoluta dei presenti;

I componenti del CIO hanno il diritto-dovere di partecipare alle sedute del CIO.

In caso

di non partecipazione alla seduta per assenza o impedimento, la stessa deve essere

preventivamente giustificata;

I componenti, in caso di quattro assenze consecutive non giustificate,

decadono

automaticamente dalla nomina nel Comitato.

### **Art. 8 – Svolgimento delle sedute**

All'inizio della seduta viene verificato, per la validità della stessa, il numero legale dei

presenti;

Il Direttore Sanitario Aziendale o un suo delegato apre e chiude la seduta, pone in discussione gli argomenti all'ordine del giorno, dirige e modera la loro trattazione concedendo la possibilità di parola, stabilisce l'ordine nelle votazioni, le indice e ne proclama i risultati;

☐ La presenza di esperti o gruppi di lavoro, viene decisa, di volta in volta, dal DSA in

base all'argomento da affrontare, cercando di favorire la composizione di gruppi

interdisciplinari. Dette possibili presenze non possono, comunque, partecipare alla

seduta durante la fase di decisione;

☐ I membri del CIO e del gruppo operativo sono tenuti al riserbo e le discussioni in seno

allo stesso sono coperte dal segreto professionale.

### **Art. 9 – Gruppi di lavoro specifici**

Il COMITATO ICA può nominare gruppi di lavoro specifici, per i quali può richiedere la partecipazione oltre che dei componenti del Comitato, anche di esperti esterni al Comitato stesso, in ordine ai quali, in caso di partecipazione a titolo oneroso deve essere previamente assunta apposita deliberazione da parte del Direttore Generale; Il Coordinatore di tali gruppi di lavoro viene scelto tra i componenti del CIO; I documenti conclusivi dei gruppi di lavoro verranno approvati dal CIO e, successivamente, trasmessi ad ogni componente del CIO medesimo"

**Il COMITATO ICA ha iniziato regolarmente la sua attività dopo la costituzione, con riunioni periodiche.** Nel corso dell'anno 2014 sono state

redatte, verificate ed approvate le seguenti procedure:

**procedura n.1** – “Sorveglianza delle infezioni da germi multi resistenti ( MDR ) microorganismi alert” verificata e approvata nella seduta del 8.10.2014

**procedura n. 2** – “Precauzioni Standard ” verificata e approvata nella seduta del 20.11.2014

**Procedura n.3** – “Precauzioni aggiuntive per infezioni ospedaliere trasmissibili per contatto” verificata e approvata nella seduta del 20.11.2014

**Procedura n.4** – “Precauzioni aggiuntive per infezioni ospedaliere trasmissibili tramite “Droplet ” verificata e approvata nella seduta del 20.11.2014

**procedura n. 5** – “Precauzioni aggiuntive per infezioni ospedaliere trasmissibili per via aerea verificata e approvata nella seduta del 20.11.2014

il PARM ICA 2015 prevede la sorveglianza dell’applicazione delle procedure con interventi mirati sulle criticità emerse.

Per l’**anno 2015** è già stata eseguita la stessa attività riguardo l’applicazione della **procedura n. 6** - “ Gestione degli incidenti a rischio biologico ” verificata ed approvata nella seduta di Comitato del 04.03.2015.

Sono in corso di elaborazione, con **applicazione prevista entro il 30.05.2015** le seguenti, ulteriori, quattro procedure:

**procedura n.7** :“Protocollo per la prevenzione e controllo del rischio tubercolosi negli operatori sanitari”

**procedura n.8** “ Sorveglianza straordinaria dell’infezione tubercolare negli operatori sanitari dopo esposizione accidentale”

**procedura n.9** “ Gestione e prevenzione delle infezioni correlate agli accessi venosi centrali e periferici”

**procedura n.10** “ Gestione e prevenzione delle infezioni associate a cateterismo vescicale ”

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| <p><b>DESCRIZIONE POSIZIONE ASSICURATIVA</b></p> |
|--------------------------------------------------|

L’A.S.L. nelle sue attività in atto non è garantita da polizza assicurativa e quindi si trova in regime di autoassicurazione (più propriamente in regime di pagamento in proprio dei sinistri). L’ultima polizza attiva è stata operante dal 01.07.2012 al 30.06.2013 con la Compagnia XL Group Insurance Limited

(stipulata tramite Broker). Copriva rischio per sinistri accaduti nel periodo di validità della polizza, con il massimale di € 20.000.000, 00 / anno, con massimale per singolo sinistro di € 5.000.000,00, franchigia (assoluta) per sinistro di € 50.000,00 per un premio annuo di € 1.277.512,50.

### **IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI**

Il Comitato Valutazione Sinistri è stato istituito presso ASL Frosinone con atto deliberativo n. 695 del 23.05.2014 – Direzione Generale, ed è conforme alle linee guida regionali di cui alla Determinazione n. G09535 del 02.07.2014.

È dotato di proprio **autonomo regolamento**. Procede periodicamente (attualmente sedute con cadenza settimanale) all'esame della casistica di pertinenza e formula, ove ricorrano le condizioni proposte motivate ( con quantificazione economica ) per evitare successivo contenzioso in caso di richiesta di risarcimento danni motivate. Si ritiene che per l'anno 2015 si debba proseguire semplicemente l'attività come finora è stata svolta.

Si riporta di seguito il **Regolamento** (approvato in prima seduta) del **C.V.S.**

#### ***COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI A.U.S.L. FROSINONE***

#### ***REGOLAMENTO***

Il **Comitato Valutazione Sinistri** dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone è costituito in conformità alle Linee Guida Regionali di cui alla Determina G09535 Regione Lazio, pubblicata sul BURL del 22 luglio 2014.

Le modalità di funzionamento sono stabilite dal presente Regolamento, che consta di 14 articoli

- 1) le sedute del C.V.S. si svolgeranno in orario di servizio e in ogni caso non comporteranno oneri economici per l'Azienda
- 2) ogni componente del C.V.S. è tenuto ad osservare il più rigoroso segreto di Ufficio e, ove obbligato, il segreto professionale. Tale obbligo è ovviamente esteso ai componenti della Segreteria Tecnica. Le sedute del C.V.S. non sono pubbliche in quanto la materia di trattazione afferisce a dati sensibili, tutelati dalla vigente normativa sulla privacy.

- 3) tutte le informazioni e le questioni sottoposte al C.V.S. (nonché tutta la documentazione ad essa inerente) non potranno essere divulgate, trattate, utilizzate al di fuori dell'attività del C.V.S. )
- 4) Il C.V.S. potrà avvalersi per casi di particolare complessità e/o rilevanza economica, di professionisti con competenze specialistiche inerenti il caso in esame, preferibilmente interni alla Struttura Aziendale. Nel caso in cui tale consulenza specialistica debba essere acquisita da professionisti esterni all'Azienda
- 5) si dovrà fare ricorso a professionisti dipendenti da altre Aziende del SSR e/o da Aziende Ospedaliere Universitarie. In questo caso, che deve essere considerato eccezionale, e per il quale il CVS dovrà fornire preventivamente dettagliata motivazione, i relativi oneri saranno a carico dell'Azienda e i compensi saranno parametrati alle tariffe libero professionali preventivamente concordate. Al professionista esterno si estende l'obbligo di seguito d'ufficio/segreto professionale e lo stesso è tenuto alla gestione della documentazione sanitaria consegnatagli o di cui abbia comunque conoscenza per lo specifico incarico nel rispetto assoluto codice della privacy.
- 6) Ogni componente è tenuto a dichiarare eventuali situazioni, effettive o potenziali, di conflitto di interessi, con adeguata motivazione scritta. Tale dichiarazione di incompatibilità andrà dichiarata preliminarmente all'esame dello specifico caso in sede di CVS. Nei casi dubbi la decisione circa l'effettiva situazione di incompatibilità è assunta dal Coordinatore, sentiti gli altri componenti. La decisione circa l'incompatibilità del Coordinatore, e i pareri dei componenti sono verbalizzati e inseriti nel fascicolo riguardante il caso di specie.
- 7) La gestione dei dati riguardanti la casistica è consentita in modalità cartacea o elettronica. In questo caso ogni accesso al file riguardante il caso, possibile per ogni componente del CVS, deve essere registrato dal sistema informatico.

- 8) Il C.V.S. si riunisce di norma due volte al mese, nei locali della Direzione Sanitaria Aziendale. Una periodicità diversa è ammessa in rapporto a particolari contingenze ( es: casi di particolare urgenza, elevato o scarso numero dei casi da esaminare). Le riunioni sono convocate dal Direttore Sanitario Aziendale per il tramite della Segreteria Tecnica, il cui personale è fornito dalla Struttura Affari Generali. Qualora quest'ultima, per situazioni particolari sia impossibilitata a fornire il supporto necessario ( per indisponibilità di personale ecc. ), i compiti di Segreteria Tecnica saranno affidati al personale in servizio presso la S.C. Medicina Legale Ospedaliera – Risk Management.
- 9) Di ogni riunione viene reso verbale che indicherà, in particolare, per ogni singolo caso esaminato in quella seduta dal CVS, lo stato di avanzamento della pratica e le decisioni eventualmente adottate, con dettagliata motivazione.
- 10) Il C.V.S. ha facoltà di convocare per l'esame degli specifici casi i responsabili delle strutture coinvolte ed il personale coinvolto o informato di fatti. La presentazione alla convocazione costituisce obbligo di servizio.
- 11) La valutazione in ordine alla sussistenza di responsabilità, la determinazione del danno biologico ( e delle componenti di danno accessorio: inabilità temporanea assoluta, inabilità temporanea parziale, necessità di spese future ecc. ) spetta al C.V.S. nella sua collegialità.
- 12) Al termine dell'attività istruttoria e valutativa, esperito ogni utile accertamento, il C.V.S. indica, motivatamente, l'ammontare matematico dell'importo alla base di eventuale proposta transattiva.
- 13) Nel caso in cui l'ammontare stimato della liquidazione assuma valore uguale o superiore a 300.000,00 ( trecentomila/00 ) Euro il C.V.S. aziendale dovrà richiedere obbligatoriamente parere ( non vincolante, secondo quanto indicato dalle Linee Guida Regionali ) al Comitato Regionale Valutazione Sinistri ( C.R.V.S. ). Lo stesso parere potrà essere richiesto anche per casi in cui l'importo di liquidazione sia compreso tra 100.000,00 ( centomila/00 ) e 300.000/00 ( trecentomila/00 ) Euro, che siano di particolare complessità. In questo caso andranno indicati nella richiesta i motivi che hanno consigliato il ricorso al parere del C.R.V.S.

14) La gestione del sinistro, ai fini della risoluzione negoziata del contenzioso si articola nelle seguenti fasi

- a) apertura del sinistro: essenzialmente consiste nella ricezione della richiesta di risarcimento danni; può essere eseguita anche quando un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, noto ufficialmente all'Azienda, indichi la possibilità di eventuale diritto a risarcimento a terzi (questa fase è di competenza della S.C. Affari Legali). Con l'inserimento nel data base, il sinistro è ufficialmente aperto.
- b) fase preliminare: analisi formale della richiesta di risarcimento ( es. regolare sottoscrizione della richiesta da parte del soggetto interessato e da chi lo rappresenta ) con valutazione dell'ammissibilità. Viene resa informativa alla controparte che il sinistro è stato preso in carico ( nella informativa, a firma del Direttore della S.C. Affari Legali, andrà esplicitamente indicato che la dichiarazione di presa in carico del sinistro non corrisponde ad ammissione di responsabilità ) : l'analisi della richiesta è condotta dal Risk Manager e dall'Avvocato componente del C.V.S. In questa fase potrà essere richiesta alla controparte ulteriore documentazione sanitaria eventualmente già in possesso del richiedente e andrà acquisita l'autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del DLgs 196/2003. Viene acquisita informativa, con richiesta rivolta ai diretti interessati, circa l'eventuale copertura assicurativa personale degli Operatori coinvolti nel sinistro. Questa fase deve concludersi di norma entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta di risarcimento.
- c) fase istruttoria: in questa fase viene raccolta la documentazione necessaria alla trattazione del sinistro ( es copia della cartella clinica, referti ecc. ) In questa fase deve essere acquisita una relazione dei fatti da parte del personale coinvolto. Può essere richiesta, in questa fase, ulteriore documentazione inerente al caso ( cure necessariamente eseguite, esito di accertamenti peritali d'ufficio o di parte ). Lo svolgimento della fase istruttoria che per norma si conclude entro 60 giorni dall'inizio è competenza del Risk manager
- d) fase peritale e accertativa: ha lo scopo di accertare eventuale esistenza di responsabilità e quantificare il danno. La valutazione del danno sarà

eseguita anche quando la fase peritale e accertamento possa far chiaramente desumere l'assenza di responsabilità al fine di consentire all'Azienda l'ulteriore gestione del caso ove, a fronte di parere negativo circa la risarcibilità successivamente espresso dal CVS, la controparte decidesse di proseguire l'azione di risarcimento con attività in sede giudiziaria. In questa fase può essere convocato a visita diretta ( a giudizio del Risk Manager ) il soggetto che richiede il risarcimento, il quale potrà essere assistito a sue spese da consulenti medici di fiducia. Preliminarmente alla visita, che sarà eseguita dal Medico Legale o dal Risk Manager ( secondo quanto stabilito dal Coordinatore del C.V.S. ) dovrà essere acquisito il consenso dell'interessato. Gli operatori coinvolti dovranno essere avvisati dell'accertamento diretto da eseguire sulla controparte, almeno 10 giorni prima della visita e potranno nominare loro consulente per l'assistenza; questi potranno assistere alla visita ( compresa la raccolta dell'anamnesi ) ed esaminare la documentazione clinica inerente il caso senza facoltà di visita diretta.

Preliminarmente alla visita, che sarà eseguita dal medico legale e dal Risk Manager ( secondo quanto stabilito dal Coordinatore del C.V.S. ) dovrà essere acquisito il consenso dell'interessato. Gli operatori coinvolti dovranno essere avvisati dell'accertamento diretto da eseguire sulla controparte, almeno 10 giorni prima della visita e potranno nominare loro consulenti per l'assistenza; questi potranno assistere alla visita ( compresa la raccolta dell'anamnesi ) ed esaminare la documentazione clinica inerente il caso, senza facoltà di visita diretta. L'interessato dovrà consentire alla presenza dei Consulenti Medici degli operatori coinvolti. Qualora la controparte non dovesse consentire la presenza dei Consulenti Medici suddetti ( se effettivamente nominati ) la visita non potrà essere eseguita e della motivazione dovrà essere dato atto a verbale.

Il Medico del C.V.S. incaricato della visita è responsabile della regolarità delle operazioni di accertamento e non potrà anticipare il suo orientamento alla controparte e a nessuno dei Consulenti Medici eventualmente presenti, essendo ogni decisione inerente il caso in trattazione, prerogativa del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri nella

sua collegialità.

Nel termine di 10 giorni dalla visita diretta le Parti coinvolte ( Operatori Sanitari, diretto interessato ) possono presentare ( indirizzandole al CVS ) memorie tecniche.

Questa fase deve concludersi entro 60 giorni dall'inizio, con la compilazione, da parte del Medico accertatore della scheda definita " allegato 2" delle Linee Guida Regionali.

- e) fase propositiva: il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri acquisita tutta la documentazione utile scaturita dall'espletamento delle fasi precedenti, procede alla discussione del caso ed alla espressione del giudizio conclusivo di definizione del sinistro, ed alla relativa quantificazione del danno. Delle decisioni assunte deve essere fornita dettagliata motivazione, con successiva compilazione della scheda tecnica di cui all'allegato 3 delle Linee Guida Regionali.

-per la valutazione del danno biologico in caso di " micro permanenti " saranno utilizzate le tabelle di cui al Decreto del Ministero della Salute del 3/07/2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 11/19/2003n. 211. recante " Tabelle delle menomazioni all'integrità psicofisica compresa tra 1 e 9 punti di invalidità ".

-per l'invalidità permanente eccedente il 9% in attesa della pubblicazione delle relative tabelle di legge, la valutazione sarà orientata dalle Guide in uso in Italia, privilegiando la Guida SIMLA (Società Italiana Medicina Legale e delle Assicurazioni ).

-per la determinazione del risarcimento per inabilità temporanea e danno morale si assumono come valori di riferimento quelli del Tribunale territorialmente competente.

-nel caso in cui non sia possibile pervenire a un giudizio di certezza circa l'assenza o la sussistenza di responsabilità, il C.V.S. procederà comunque alla valutazione economica del sinistro, indicando quale sia, considerata l'idea del possibile giudizio, la probabilità di essere comunque obbligati a risarcire il danno.

-del risultato degli accertamenti e delle valutazioni espresse dal C.V.S. sarà informata la Direzione Generale Aziendale che deciderà se

approvare la proposta, potendo indicare uno scostamento economico da essa circa l'importo del risarcimento; in caso positivo incaricherà la S.C. Affari Legali procederà al tentativo di transazione, nei limiti dell'indicazione del C.V.S., o in rapporto a diversa disposizione della Direzione Generale.

- f) fase conclusiva: la S.C. Affari Legali procederà al tentativo di transazione, nei limiti dell'indicazione del C.V.S., o in rapporto a diversa disposizione della Direzione Generale.

14) per ogni altra eventualità saranno applicate le disposizioni di cui alle *"Linee Guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medica/sanitaria – composizione e funzionamento dei comitati Valutazione Sinistri ( C.V.S. )" – Determinazione Regione Lazio n. G09535 del 02.07.2014.*

*Documento elaborato da S.C. Medicina Legale Ospedaliera – Risk Management A.S.L. Frosinone e approvato nella prima seduta del C.V.S. (09.10.2014)*

### **STRUMENTI - MODALITA' OPERATIVE - AZIONI**

Il PARM ICA 2015 tiene conto delle modalità operative e delle azioni già indicate per l'anno 2014 e che di seguito si riportano; erano previste essenzialmente tre fasi

- *"Identificazione dei profili di rischio effettivo o anche semplicemente potenziale, per evitare, con ogni misura utile, che essi si concretizzino in danno,*
- *Conoscenza e valutazione degli eventi avversi*
- *Gestione dell'evento avverso anche ai fini del miglioramento dei percorsi diagnostico / terapeutici*

**Modalità operative fase 1:** *Identificazione dei profili di rischio potenziale, per evitare, con azione preventiva, che esso si concretizzi in danno.*

*Si analizzano i processi assistenziali posti in essere all'interno della U.O. di*

diagnosi, cura e assistenza , in particolare esaminando i possibili rischi connessi a difficoltà di interazione tra i vari profili professionali.

Si verificano eventuali criticità.

Si analizzano, i Percorsi Terapeutici, Diagnostici e Assistenziali, a richiesta dei Direttori di Dipartimento (che individuano le priorità), provvedendo alla loro validazione, verificando che siano applicate le linee guida ed i protocolli ad essi relativi e che gli Operatori siano adeguatamente formati ad impiegarli (attività eseguita dal Risk Manager aziendale, in collaborazione con il Direttore di Dipartimento, con il Direttore / Responsabile della o delle U.O. interessate, con il Responsabile S.S. Linee Guida e Protocolli e con il Responsabile della S.S. Formazione.

Il Risk Manager propone e contribuisce ad eseguire attività formativa specifica. La pianificazione di dettaglio riguardante questo PARM prevede alcune aree di intervento prioritario:

**Area dell'informazione e del consenso.** Si verifica che siano rispettati i presupposti di legittimità per iniziare l'attività diagnostico assistenziale e che cioè l'Assistito (o chi per lui: genitori, tutore ecc.) abbia innanzitutto autorizzato il trattamento dei dati personali e che sia stato prestato regolare consenso alla loro gestione, rigorosamente nei limiti della normativa vigente in materia di privacy e di riservatezza dei dati personali. Per il vero e proprio consenso alle cure si inizia il percorso di revisione e unificazione della modulistica attualmente in uso per le varie linee di attività, curando in particolare il momento informativo che è il logico e necessario presupposto affinché il soggetto possa consentire consapevolmente alle cure; il modulo di consenso dovrà prevedere l'espressa dichiarazione del Medico che propone l'informativa e illustra il percorso diagnostico e terapeutico, che l'Assistito era in condizioni psichiche tali da rendere il consenso giuridicamente valido.

**Area dell' applicazione delle "Raccomandazioni Ministeriali"** (15) con particolare riguardo alla raccomandazione n. 14 "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici", con verifica del livello di applicazione ed efficacia di quelle adottate.

**Area della formazione:** Vengono formulati percorsi formativi per gli operatori, per il miglioramento dell'efficienza delle linee di attività già esistenti e per lo

*sviluppo di quelle connesse ai moduli aggiuntivi (attività svolta dal Risk Manager in collaborazione con i Direttori di Dipartimento e con il Responsabile della S.S. Formazione).*

**Area della Applicazione e dell'implementazione delle Linee Guida Aziendali** . *E' stato avviato un processo di verifica riguardo il rispetto dei contenuti sostanziali e formali della Cartella Clinica (con particolare riguardo alla terapia farmacologica e alla "leggibilità" delle annotazioni). A tal proposito si segnala che tale attività è già piuttosto avanzata per l'attività svolta dalla Struttura Protocolli Assistenziali e Linee Guida considerato che è stata adottata con specifico Atto Deliberativo la SUT regionale dell'Area Critica, Medica e Chirurgica, con processo di formazione specifica nei riguardi degli Operatori, non solo finalizzati alla esatta compilazione ma anche per la comprensione degli aspetti giuridico normativi (Cartella Clinica come documento fedefacente). Nello stesso contesto la stessa Struttura ha consentito l'adozione della Cartella Infermieristica integrata alla Cartella Clinica, ormai in uso in tutte le UOC ospedaliere Aziendali. "*

#### **PROCESSO DI AUDIT CLINICO - UTILIZZO DEL SITEMA P.Re.Val.E.**

Il processo di audit costituisce uno strumento molto importante per la gestione del rischio clinico che serve a migliorare il livello di sicurezza ed efficacia delle prestazioni.

Esso può riguardare singoli eventi oppure criticità strutturali, organizzative, di metodologia (in questi ambiti assume particolare rilievo l'**utilizzo del sistema P.Re.Val.E.** ).

Viene attivato:

- Dal Risk Manager in tutti i casi classificabili come "Evento Sentinella" e in tutti i casi in cui un evento avverso lo richieda: es. particolare gravità; ripetizione dell'evento; stessi Operatori coinvolti; stessa struttura di accadimento ecc.
- Dalle Direzioni di Polo Ospedaliero o di Distretto in rapporto a situazioni di interesse, che possono riguardare anche l'organizzazione del lavoro.
- Dalle Strutture Operative coinvolte nell'evento
- Dalla Direzione Sanitaria Aziendale ogni volta che è ritenuto necessario.

- A tutte le attività di audit clinico parteciperà il Risk Manager.

L'utilizzo del sistema P.Re.Val.E è previsto da questo PARM come elemento costante e strutturale di gestione del Rischio Clinico e viene impiegato ovviamente non come mezzo di intervento su singoli eventi ma come metodo per risolvere problematiche di carattere organizzativo, funzionale, metodologico o procedurale che determinano situazioni verificate e oggettivamente rilevanti. Un Medico (Dott. Silvano Marini) e un'Infermiera (Sig.ra Luigina Rinaldi) hanno partecipato al Corso di Formazione Regionale "Interpretazione dei risultati di un sistema di valutazione basato su indicatori di esito e di processo". E' stata eseguita l'attività di registrazione sul sistema al fine di poterne utilizzare i dati. In particolare, per quanto riguarda l'ASL Frosinone sono state individuate due particolari aree di criticità ritenute meritevoli di intervento: tempi di attesa per trattamento chirurgico di frattura femorale e percentuale dei parti cesarei rispetto ai parti totali. Considerata l'importanza delle situazioni delineate, sarà avviato, a livello di Direzione Sanitaria Aziendale, con partecipazione diretta del Risk Manager, un processo di audit basato sui dati del sistema P.Re.Val.E. (**Cronoprogramma: inizio attività: 01.04.2015 termine attività: 30 aprile 2015**).

**Nota:** Si procederà a un briefing periodico (cadenza mensile) in ambito di Collegio di Direzione, durante il quale il Risk Manager riferirà dell'attività svolta, delle criticità individuate, delle azioni da intraprendere per migliorare la sicurezza delle attività aziendali. **Cronoprogramma: primo briefing 15 aprile 2015**

**Modalità operative fase 2:** *Conoscenza e valutazione degli eventi avversi (mappatura dei rischi).* Questa è una fase assai delicata del processo in quanto gli Operatori coinvolti nella causazione dell'evento avverso tendono a negare o a non riconoscere o a non denunciare eventi avversi connessi all'attività svolta. Questo comportamento per un verso impedisce la conoscibilità dell'errore (e quindi facilita la possibilità che esso si ripeta) e per altro verso non consente la correzione, la revisione o l'implementazione della procedura durante la quale, o a seguito della quale, l'evento dannoso si è determinato. Oltre a ciò la mancata conoscenza dell'evento avverso comporta

che non possono essere praticate, nell'interesse in primo luogo dell'Utente e poi dell'Azienda, attività di assistenza che possano almeno parzialmente emendare il danno. Gli operatori saranno sensibilizzati anche alla *segnalazione dell'evento near miss* (eventi avversi non accaduti, ma che sarebbero potuti accadere sussistendo le condizioni che ne facilitano il determinarsi, e che, solo per un caso fortuito, non hanno concretizzato la loro capacità di danno). Lo strumento fondamentale per la raccolta dei dati riguardanti un evento avverso è rappresentato dalla:

**scheda di incident reporting**, formulata secondo uno schema semplificato rispetto a quelle abitualmente in uso (dovendosene prevedere, almeno in una prima fase, l'impiego anche da parte di Operatori non specificamente addestrati) per renderne più agevole l'impiego, già in uso in Azienda. La scheda di incident reporting, vidimata dal Responsabile/Direttore di U.O., è inviata con immediatezza al Risk Manager aziendale che provvede ad ogni attività necessaria (inserimento nel sistema informatico regionale LAIT – SIMES, eventuale identificazione e trattazione come evento sentinella, audit interno, avvio delle procedure di root causes analysis ecc.). **In particolare di ogni evento avverso con danno a persona fisica** si dovrà conoscere, nel più breve tempo possibile: sede di verifica (U.O. Ospedaliera, Struttura Territoriale, Attività domiciliare ecc.); data e orario; natura dell'evento; dati relativi al soggetto leso dall'evento avverso (sesso, età, livello di criticità, quadro clinico generale anche in relazione a patologie diverse da quelle che hanno richiesto il ricovero o il trattamento); dati relativi al tipo di procedura su cui l'evento avverso ha inciso, anche a titolo di complicazione (in particolare andrà segnalato e considerato se nel corso della stessa procedura, in precedenza, si sono determinati altri eventi avversi) ; dati relativi a fattori concomitanti che possono aver concausato l'evento (es.: evento verificatosi durante cambio turno; evento verificatosi in ambiente assistenziale con personale ridotto; evento verificatosi per "picco" di richiesta di assistenza in area di emergenza; mancanza di competenze specialistiche; impossibilità di raccogliere adeguatamente l'anamnesi ecc.); dati relativi alle conseguenze dell'evento; indicazione della latenza temporale intercorsa tra determinazione dell'evento e sua osservazione; descrizione delle attività messe in atto per

contenere il danno dell'evento avverso. Oltre a questa *modalità diretta* posta in essere dagli Operatori coinvolti nell'evento avverso) è prevista una modalità indiretta (derivante cioè da iniziativa del Risk Manager) il quale, in collaborazione con le altre Strutture interessate, procede **all'analisi del contenuto dei reclami e all'analisi del contenzioso**, ricavando da essa una panoramica completa delle procedure (e delle Unità Operative) maggiormente gravate da eventi avversi; numero e frequenza di questi in rapporto alle procedure; gravità degli eventi. L'analisi del contenzioso comporta anche la conoscibilità dell'esposizione economica dell'Azienda riguardo gli importi che possono scaturire da procedure di liquidazione del danno in sede giudiziale o extragiudiziale; *questa attività è già svolta* (in relazione a ogni richiesta di risarcimento danni pervenuta) dal Risk Manager aziendale in collaborazione con la S.C. Affari Legali e ha condotto alla determinazione del "costo medio sinistro", e dei costi di risarcimento sinistri per gli anni 2011, 2012, 2013. E' prevista l'implementazione del **processo interno di auditing** e l'analisi e degli indicatori ottenuti tramite SDO secondo le modalità indicate dalle Linee di Indirizzo Regionale cui questo è conformato. Si continua l'attività di sensibilizzazione degli Operatori in ordine alla esaustiva **compilazione delle Cartelle Cliniche**, anche con verifiche randomizzate delle stesse, e con avvio di programmi di formazione specifica.

#### INFORTUNI SUL LAVORO / MALATTIE PROFESSIONALI

Si procederà alla considerazione delle denunce di infortunio / malattia professionale riguardanti Operatori in servizio presso A.S.L. Frosinone inoltrate all'I.N.A.I.L. e all'Azienda in quanto "datore di lavoro", anche al fine di rilevare eventuali criticità particolari (rischio specifico o rischio specifico aggravato) insite in alcune linee di attività Aziendali; si raccoglieranno le segnalazioni provenienti dai Medici "competenti" Aziendali (DLgs 81 / 2008) e dal Dipartimento di Prevenzione.

In concreto:

- Saranno raccolte le denunce di infortunio e malattia professionale riguardante il Personale A.S.L. per il tramite delle Direzioni Sanitarie e Amministrative di Polo Ospedaliero e delle Direzioni di Distretto. La

raccolta dei dati riguarderà oltre che l'anno in corso anche gli anni 2013 e 2014. Per evitare dispersione di casistica, e per opportuno confronto dei dati, sarà richiesto alla Direzione Provinciale dell'I.N.A.I.L. di fornire elenco degli Operatori Sanitari per i quali è stata acquisita, nello stesso periodo una denuncia di malattia professionale o di infortunio.

- Sarà così creato un data base (finora mancante) da cui ricavare elementi utili alla prevenzioni degli eventi specificati: ad es. categorie maggiormente interessate, in misura assoluta e percentuale, sedi di accadimento, linee di attività interessate, età, orario, situazioni contingenti come emergenze in corso, carenze numeriche o di qualificazione del personale ecc.

Sempre in questo ambito, prosegue l'attività del Gruppo di Lavoro in Medicina del Lavoro e radioprotezione medica, regolarmente funzionante (già eseguita la ricognizione del personale con limitazioni di impiego e delle relative cause)istituito dal Direttore Generale dell'A.S.L. Frosinone, nella sua qualità di *Datore di lavoro* in data 05.06.2014 con i seguenti compiti:

- Elaborare, per la successiva applicazione aziendale, nuove procedure di "buone prassi" in Medicina del Lavoro e Radioprotezione Medica
- Revisione completa di tutti i giudizi di idoneità formulati per garantire la medesima uniformità di valutazione di tutti i lavoratori.

Fanno parte del Gruppo di Lavoro il Direttore Sanitario Aziendale, il Risk Manager, Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, il Medico Competente Coordinatore, il Responsabile della S.C. Risorse Umane. La revisione dei giudizi di idoneità (spesso formulati in sedi diverse: Commissione Medica di Verifica Min Economia, Medico Competente, Commissione di cui alla Legge 68 / 99) è importante in quanto l'uniformità di giudizio e di valutazione circa l'idoneità all'impiego con eventuali limitazioni, rappresenterà un ulteriore elemento di tutela per il personale che eviterà di essere impiegato in mansioni che lo espongano a rischio ed usura

**Cronoprogramma: recupero dati biennio precedente e sistema a regime: 20.05 2015. Completamento attività Gruppo di Lavoro in Medicina del Lavoro e Radioprotezione Medica: 30.06.2015.**

## NOTA IMPORTANTE

Il PARM ICA 2015 dell 'A.U.S.L. FROSINONE prevede altre attività particolari, oltre a quelle prima specificate:

- Prosecuzione dell' attività di verifica dei rischi inerenti l'attività vaccinale e trasfusionale, ricavando i dati da quelli in possesso dell'Ufficio L. 210 / 92 (completi fino al 30 aprile 2014), attività che è già svolta dalla S.C. Medicina Legale Ospedaliera che pure gestisce il Risk Management. In particolare sarà focalizzata l'attenzione sulla gestione del contenzioso giudiziario post-indennizzo e sui profili di rischio specificamente connessi all'attività vaccinale
- Prosecuzione dell'attività di ricognizione, dei rischi connessi all'attività di Assistenza Domiciliare, con audit periodici degli operatori distrettuali.
- Monitoraggio delle schede uniche di terapia ( SUT ) e della corretta applicazione della checklist di sala operatoria.
- Prosecuzione dell'attività di Risk Management per la Casa della Salute di Pontecorvo (già oggetto di specifica e separata pianificazione) e stessa attività per le Case della Salute di Atina e Ceccano.
- Saranno monitorizzati i profili di rischio emergenti in caso di attivazione della Casa di Maternità di Alatri ( in collaborazione con Direzione Sanitaria Aziendale e con la Direzione Sanitaria di Polo Ospedaliero A- B.)
- **Modalità operative fase 3:** *Gestione dell'evento avverso anche ai fini del miglioramento dei percorsi diagnostico / terapeutici.* Questa fase si svolge preferibilmente nella sede rappresentata dal C.V.S. (**Comitato Valutazione Sinistri Aziendale**), di cui si è detto. Considera i dati sinistro raccolti dal Risk Manager e provvede alla sua gestione. Valuta l'opportunità (in rapporto ai singoli casi) di procedere a tentativo di chiusura extragiudiziale del contenzioso. Identifica, da una complessiva considerazione della casistica, le priorità di azione del sistema di gestione del rischio e rappresenta quindi un ulteriore strumento di mappatura dei rischi. Il C.V.S. rappresenta il momento di integrazione (dotato di specifica capacità operativa) tra Risk Manager e S.C. Affari Legali (il Risk Manager dell'A.S.L. Frosinone è Medico Legale e dirige la S.C. di Medicina Legale Ospedaliera).

- In definitiva quindi le fasi di preminente interesse ed attività per la "Sicurezza e gestione del rischio clinico" e per le "Modalità di rilevazione del rischio clinico" sono le prime due, e su queste dovranno essere concentrate le attività autonome svolte dal Risk Manager che risponderà del proprio operato alla Direzione Strategica.

### **APPLICAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI**

Nell'ambito **dell'applicazione e della revisione dello stato di applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali** è stato avviato e sarà completato entro il 30.05.2015 con il primo step : 40 operatori formati in rapporto ad ogni specifica procedura , un programma formativo ( individuati i formatori; stabilito programma ) riguardante la corretta applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali:

#### **-PREVENZIONE DELLA RITENZIONE DI GARZE STRUMENTI O ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO**

Gruppo di lavoro/relatori

P.O. Frosinone : Dr. Beverati Marcello, Neroni Santina, Testugini Caterina, Rea Sara, Grandi Emanuela

P.O. Sora: Matteucci Rita, Perry Carmela, Bottini Romeo, Dr. Recchia Carlo

P.O. Cassino: Mentella Giuseppina

#### **-CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA**

Gruppo di lavoro/relatori

P.O. Frosinone/Alatri : Dr. Nicola D'Emilia, Dr. Antonio Cicalese, Dori Annalisa, Marchione Sara, Di Domenico Roberta. Catracchia Anna Maria. Papetti Rita, Flavia Giovannetti

P.O. Sora: Gabriele M.Rita, Capobianco Antonio, Mattacchione Simona, Dr. Musilli Michele

P.O. Cassino: Santa Maria Cristina

#### **-PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE**

Gruppo di lavoro/relatori

Serv.Soc Sanit: Dr. Cesare Tarquini Guetti, Dott.ssa Tiziana Leopardi

P.O. Frosinone/Alatri :Colò Antonella, Carlini Gina.

P.O. Sora: Gabriella Quadrini, Di Maio Anna Rita

P.O. Cassino: Irma Arpino

### **-PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI**

Gruppo di lavoro/relatori:

P.O. Frosinone/Alatri: Tiberia Carmine, Tiberia Pasqualina, Persichilli Anne Marie

P.O. Sora: Dott.ssa Rosa Ornella (psicologa), Didone Annamaria, Dott. Di Marco Ottavio.

P.O. Cassino: Maisto Filomena , Rueca Claudia.

### **-LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE**

Gruppo di lavoro/relatori

P.,O. Frosinone/Alatri: Ceccarelli Tiziana, Di Domenico Gabriella, Coccia Valentina

P.O. Sora: Romano Paola, Simone Anna, Pierina Pizzuti, Dr. Gabriele Santilli

P.O. Cassino: Pontone Antonio

#### **NOTE.**

L'attività sarà coordinata dalla S.C. Medicina Legale Ospedaliera e dalla Direzione Sanitaria Polo – Ospedaliero A – B; la formazione sarà eseguita per moduli di 40 operatori, riguarderà operatori dei tre poli ospedalieri e, concluso il primo ciclo di formazione , fermo restando il pool dei formatori, si procederà a replicare i corsi, per due volte nel corso dell'anno 2015. La durata di ogni corso sarà di 6 ore ed è prevista una procedura di verifica dell'apprendimento. La partecipazione ai corsi di formazione sarà obbligatoria per il personale selezionato. All'attività di formazione, per tutte le elencate Raccomandazioni Ministeriali parteciperà un Medico della struttura di Risk Management aziendale **(Cronoprogramma: completamento prima serie di corsi formativi 30 maggio 2015; completamento altre due serie di corsi: 30 novembre 2015)**

Questo PARM prevede la verifica e la sorveglianza della corretta gestione della documentazione sanitaria (non solo della Cartella Clinica, ma anche riguardo

registri di sala operatoria, schede vaccinali, cartelle CAD, registri farmaci stupefacenti ecc.) e il monitoraggio (già iniziato e in corso) della checklist di sala operatoria, attraverso metodiche di controllo a campione. Gli Operatori saranno ulteriormente sensibilizzati alla segnalazione degli eventi sentinella (anche se attualmente quelli accaduti nell'A.U.S.L. Frosinone sono tutti censiti). I sinistri sono già inseriti sul portale LAIT contestualmente alla notifica.

### **ULTERIORI ATTIVITA' DI FORMAZIONE**

In rapporto all'importanza delle problematiche la S.C. Medicina Legale Ospedaliera – Risk Management ha proposto attività di formazione su due specifiche linee di attività, che sono state inserite nel **piano formativo aziendale 2015**, approvato con atto deliberativo 1591 del 29.12.2014:

#### **Gestione compilazione e conservazione della cartella clinica ospedaliera:**

- 1) Obiettivo: corretta gestione, secondo normativa e prassi della Cartella Clinica
- 2) Articolazione: corso della durata di 4 ore
- 3) Destinatari: medici ospedalieri (moduli di 40 unità, uno al mese: aprile, maggio, giugno, settembre, ottobre, novembre- totale Medici partecipanti 240)
- 4) Risultati attesi: riduzione delle problematiche relative a incompleta / inesatta compilazione delle cartelle cliniche.

#### **Informativa al paziente, gestione del consenso informato e consapevole, gestione dei dati personali degli assistiti:**

- 1) Obiettivo: corretta gestione, secondo normativa e prassi del consenso, della informativa e dei dati personali.
- 2) Articolazione: corso della durata di 8 ore
- 3) Destinatari: Medici, Infermieri, Ostetriche, T.S.R.M. (moduli di 100 unità, uno al mese: aprile, maggio, giugno, settembre, ottobre, novembre: totale operatori partecipanti 600)

4) Risultati attesi: corretta gestione del consenso e dei dati personali.

**Cronoprogramma: completamento delle attività di formazione: anno 2015.**

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>OBIETTIVI DI BUDGET 2015</b> |
|---------------------------------|

Nel processo di budgeting aziendale per l'anno 2015 – Struttura Assegnataria S.C. Medicina Legale Area Ospedaliera – Risk Management – saranno inseriti i seguenti "obiettivi di budget 2015", proposti alla Direzione Generale Aziendale con nota del 24.02.2015, come da Obiettivi Strategici Regionali – DCA U00148:

- 1) "Formazione Aziendale per la sicurezza dei Pazienti" obiettivo C5
- 2) "Adozione ed attuazione del piano annuale per la gestione del rischio clinico (PARM) in conformità alle linee guida regionali adottate con determina n G04112 del 01.04.2014, confermate per l'anno 2015"
- 3) "Partecipazione al flusso di segnalazione SIMES"
- 4) "Attivazione di un sistema che garantisca il monitoraggio di microrganismi con caratteristiche di antibiotico resistenza e / o elevata diffusibilità (microrganismi alert)

Note: per sub 1) vedasi precedenti voci riguardanti "attività di formazione"; per sub 3) si conferma che l'aggiornamento del sistema SIMES è effettuato in tempo reale per sub 4) è stata approvata la procedura 1 ICA- microrganismi ALERT, la procedura 3 ICA e 5 ICA riguardanti rispettivamente le "precauzioni aggiuntive" per infezioni ospedaliere trasmissibili per contatto e Infezioni ospedaliere trasmissibili per via aerea

Per quanto riguarda la diffusione del PARM, anche al fine di evitare difficoltà di interpretazione e / o di applicazione e per illustrare il suo significato di Strumento di sicurezza globale, per gli Utenti e per gli Operatori è previsto fin da ora che il PARM (comprendendo in esso le attività del CC – ICA) sia:

- 1) Pubblicato sul sito aziendale
- 2) Presentato ai Direttori / Responsabili di Struttura da parte della Direzione Strategica con intervento del Risk Manager
- 3) Presentato alle organizzazioni sindacali che operano in Azienda, e alle

Associazioni più rappresentative per la tutela dei diritti del malato e al Volontariato, anche attraverso opportune iniziative mediatiche.

### **INDICATORI ATTIVITA' ANNO 2014**

- 1) Numero di eventi avversi valutati dal Risk Manager / numero sinistri segnalati. Risultato atteso: 100 %
- 2) Numero di sinistri esaminati e valutati in CVS / numero sinistri pervenuti al CVS. Risultato atteso: 100 %
- 3) Numero eventi avversi inseriti su portale LAIT / eventi avversi noti. Risultato atteso: 100%. Nota: risultato già conseguito in quanto, in attualità, tutti gli eventi avversi segnalati al Risk Manager sono inseriti su portale LAIT.
- 4) Numero eventi sentinella su flusso SIMES / numero eventi sentinella valutati dal Risk Manager. Risultato atteso 100 %. Nota: risultato già conseguito – tutti gli eventi sentinella aziendali noti sono già segnalati SIMES
- 5) Numero dei piani di azione - miglioramento attivati / numero di eventi sentinella inseriti SIMES. Risultato atteso 80 %
- 6) Numero degli Operatori Sanitari informati del PARM – ICA. Risultato atteso 100 %
- 7) Numero Direttori / Responsabili di Struttura con formazione di primo livello (Generalità, significato, scopi, metodi, strumenti, risultati) in materia di Risk Management su numero totale di Direttori / Responsabili di Struttura in servizio. Risultato atteso e valido per il PARM. 40 %.
- 8) Percentuale operatori sanitari che hanno ricevuto formazione riguardo specifica procedura. Risultato atteso 40%
- 9) Frequenza infortuni / totale personale, rilevata per categorie; numero infortuni determinati da atti di aggressione /totale personale rilevati per categoria e Struttura di appartenenza.

### **NOTA FINALE**

Il PARM è uno strumento dinamico, adattabile alle modificazioni organizzative necessarie per l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici in ambito

ospedaliero ed extraospedaliero, anche in rapporto alle modifiche dell'assetto prevedibili con l'Atto Aziendale da adottare

### **RIFERIMENTI NORMATIVI**

D.Lgs 502 / 92

D.P.R. 14/01/97

D.Lgs 229/99

D.Lgs. 254/00

D.Lgs. 81 /08

D.M.S. del 11.12.99 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità

Decreto del Commissario *ad acta* 28 maggio 2013, n U00206 "Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio"

Determina n.G04112 "Approvazione del documento recante: Linee di indirizzo Regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)"

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 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263 10 novembre 1995 Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000 –

DPR 23 luglio 1998

PSN 2003 – 2005

PSN 2006 – 2008

Seduta della Conferenza Stato – Regioni del 20 marzo 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, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, 421"

DPR del 14 gennaio 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 dell'UE per il periodo 2008 - 2013"

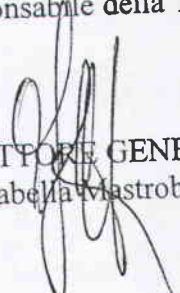
### **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
2. WHO- World Alliance for patient safety- The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Save Surgery Save Live"
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualità&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualità&menu=formazione)
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualità&menu=sicurezza](http://www.salute.gov/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualità&menu=sicurezza)
8. ISO Norme 9001:2000-e-19011 Joint Commission
9. AHRQ Quality Indicators: Guide to Patient Safety Indicators  
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>

## DELIBERA

per i motivi indicati in premessa e che si intendono integralmente riportati:

- di adottare il Piano annuale di Risk Management (PARM) per l'anno 2015 così come redatto dal Risk Manager della AUSL di Frosinone;
- di affidare al Risk Manager della AUSL di Frosinone la responsabilità della diffusione alle UU.OO. interessate ed il coordinamento dello stesso;
- di trasmettere all'Area competente della Regione Lazio il presente provvedimento;
- di inviare in Regione Lazio alle scadenze previste, la prima il 30.06.2015 e la seconda il 31.12.2015, da parte del Risk Manager della AUSL di Frosinone, due relazioni di monitoraggio circa l'avanzamento del PARM nell'anno di riferimento;
- di disporre la pubblicazione del PARM da parte del Responsabile della Trasparenza sul sito web aziendale.

  
IL DIRETTORE GENERALE  
Dr.ssa Isabella Mastrobuono

Il Dirigente Amministrativo S.S. Unità Atti Deliberativi e Contratti Azienda USL Frosinone

ATTESTA CHE

000304

13 MAR. 2015

La deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio nell'elenco N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

- è stata trasmessa al Collegio Sindacale il 13 MAR. 2015 prot. n° 33
- è pubblicata all'albo Pretorio dal 13 MAR. 2015 al 28 MAR. 2015
- è esecutiva dalla data di adozione.



S.S. UNITA' ATTI DELIBERATIVI E CONTRATTI  
Il Dirigente Amministrativo  
(Dr.ssa M. Beatrice Ciaramella)

*ge*