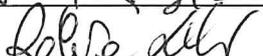
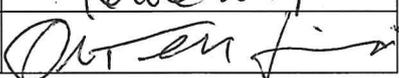
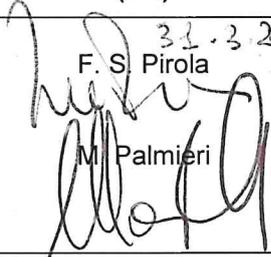


INDICE

1. INTRODUZIONE	2
2. SCOPO	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4. NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE INTERNA DI RIFERIMENTO.....	4
5. OBIETTIVI E ATTIVITÀ	4

Redatto da:

NOME	COGNOME	UNITÀ OPERATIVA	FIRMA
Delia	Racciatti	Qualità, Accredimento e Risk Management	
Marta	Bertoncelli	Qualità; Accredimento e Risk Management	
Alessandro	Di Rizio	Qualità, Accredimento e Risk Management	
Roberta	Liberi	Qualità, Accredimento e Risk Management	
Andrea	Tavella Scaringi	Qualità, Accredimento e Risk Management	

Redatto (GdL)	Verificato (SQA)	Approvato (DS)
GdL	D. Racciatti 	^{31.3.2025} F. S. Pirola  M. Palmieri 
Data 10/01/2025	Data <u>10/01/25</u>	Data <u>31/03/25</u>

Il documento è stato condiviso con i componenti del Comitato Rischio Clinico aziendale durante la riunione del 11/03/2025 di cui si allega il foglio firme.

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	10/01/2025	Pag.2/7
	PIANO ANNUALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO - 2025		

1. INTRODUZIONE

La gestione del rischio clinico, inteso come processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, riveste un ruolo decisivo nell'ambito del governo clinico, e significativo sia per la sicurezza dei cittadini che per la corretta erogazione dei servizi sanitari di qualità.

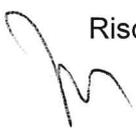
In aderenza alla legge Gelli Bianco (n. 24/2017), alla prevenzione e gestione del rischio si provvede mediante l'implementazione di veri e propri modelli organizzativi improntati ai principi aziendali di Risk Management e con il concorso di ogni soggetto coinvolto nell'organizzazione ed erogazione dei servizi.

Inoltre, aa U.O.C. Qualità, Accredитamento e Risk Management ha il fine di promuovere e coordinare le attività volte a:

- aumentare la sicurezza del paziente e la tutela degli operatori;
- migliorare l'efficienza, la qualità e l'immagine del Sistema Sanitario Regionale
- ridurre i costi assicurativi.

Al fine di integrare le molteplici componenti che agiscono nel sistema aziendale, la U.O.C. Qualità, Accredитamento e Risk Management coordina il Comitato aziendale interdisciplinare del Rischio Clinico che ha funzione consultiva e di indirizzo finalizzate al raggiungimento degli obiettivi per la prevenzione del rischio. Coordina inoltre la rete dei Referenti Qualità e Rischio Clinico delle varie articolazioni organizzative aziendali (Presidi Ospedalieri, UU.OO., Distretti Sanitari e strutture aziendali eroganti prestazioni sanitarie) che hanno il compito di facilitare e promuovere la cultura della qualità e sicurezza delle cure all'interno delle proprie strutture di afferenza.

I settori sui quali è concentrata l'attività svolta dalla U.O.C. Qualità, Accredитamento e Risk Management sono sostanzialmente 4: Project Management, Informazione/Formazione, Qualità e Rischio Clinico (fig. 1).



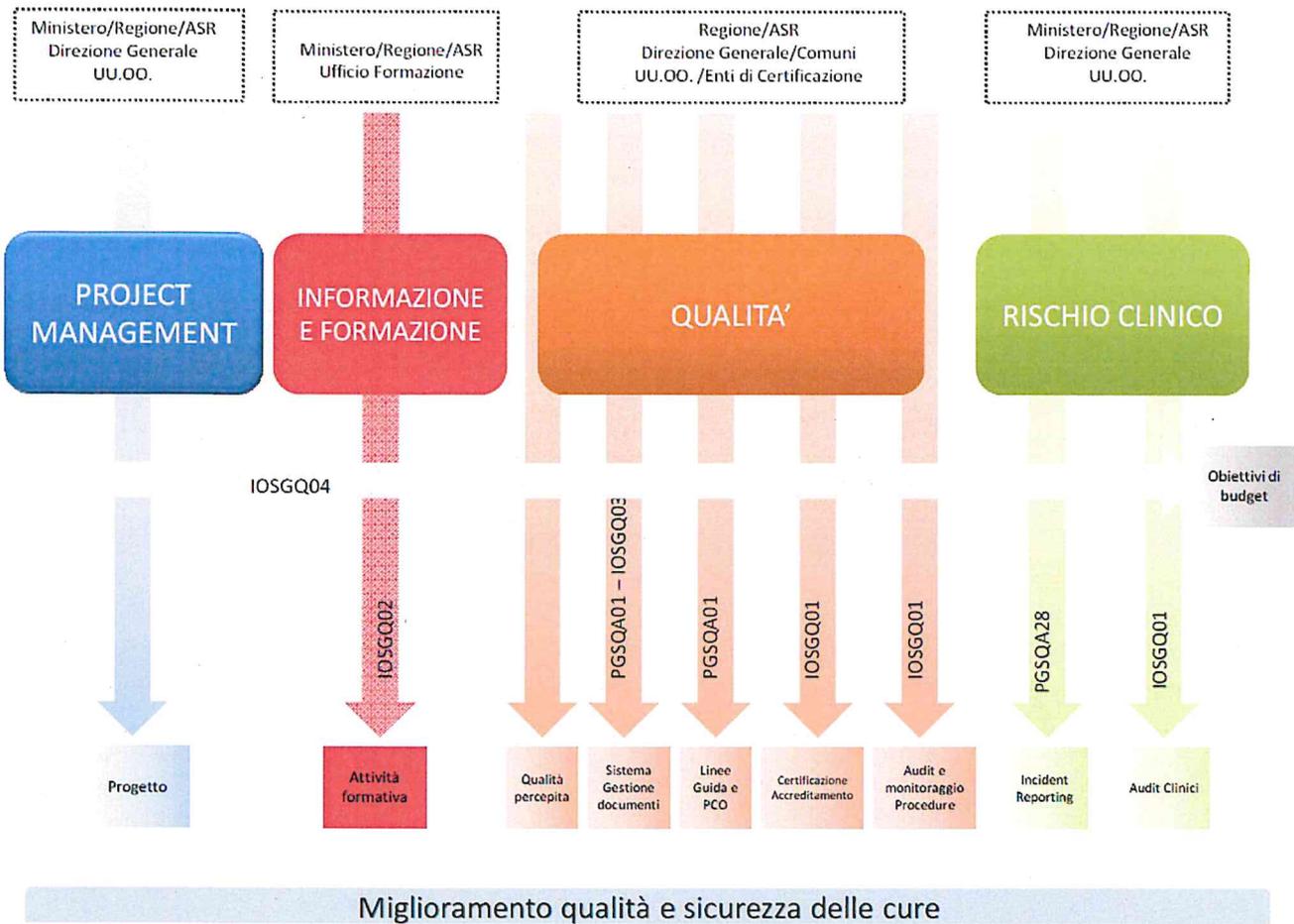


Figura 1. Settori di attività della U.O.C. Qualità, Accreditazione e Risk management con i relativi processi.

2. SCOPO

Scopo del presente documento è quello di illustrare la pianificazione delle attività che per l'annualità 2025 la U.O.C. Qualità, Accreditazione e Risk Management della ASL Lanciano – Vasto – Chieti intende perseguire in materia di prevenzione dei rischi, per la sicurezza delle cure, nel rispetto della politica regionale e aziendale.

Il processo culturale del presente Piano si inserisce in un profilo di miglioramento continuo del sistema qualità basato sull'analisi degli eventi avversi e *near miss* registrati nel corso dell'anno 2024 presso le strutture della ASL Lanciano – Vasto – Chieti, segnalati mediante il Sistema di *incident reporting* aziendale e sulle informazioni derivanti da altre fonti (*Safety Walk Round*, audit di Sistema, monitoraggio procedure/protocolli aziendali etc).

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano descrive le attività che si intendono svolgere nei Presidi Ospedalieri e nelle strutture territoriali della ASL Lanciano – Vasto – Chieti, ed in particolar modo in tutte le Unità Operative ospedaliere e territoriali che intervengono nei percorsi di cura dei pazienti.

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	10/01/2025	Pag.4/7
	PIANO ANNUALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO - 2025		

4. NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE INTERNA DI RIFERIMENTO

- DGR n. 191 del 31/03/2023 recante “Nuovo Centro Regionale per la gestione del rischio clinico – architettura e funzioni”
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 1874/2023 del 12/12/2023 recante “proroga attuazione Deliberazione del Direttore Generale n. 1546/2023 del 13.10.2023 in tema di modifica del comitato valutazione sinistri e delle procedure per la gestione dei sinistri per presunta responsabilità professionale medico-sanitaria.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 1546/2023 del 13.10.2023 in tema di modifica del comitato valutazione sinistri e delle procedure per la gestione dei sinistri per presunta responsabilità professionale medico-sanitaria.
- Piano Formativo Aziendale 2025
- Sistema di Incident Reporting Aziendale
- Strumenti proattivi per la valutazione e gestione del rischio (safety walk round, audit clinici e di sistema)

5. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

Gli obiettivi ed attività che si intendono sviluppare nel corso dell'annualità 2025 sono distinti in 3 macroaree:

- A. Prevenzione del rischio clinico per la sicurezza del paziente.
- B. Miglioramento della qualità assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al monitoraggio delle prestazioni erogate e degli eventi avversi.
- C. Formazione in materia di qualità e rischio clinico: nel Piano Formativo Aziendale del 2025 sono stati approvati dei corsi di formazione proposti dalla U.O.C. Qualità, Accreditamento e Risk Management. Gli obiettivi strategici sono:
 - Promuovere la cultura *no blame* al fine di incentivare gli operatori alle segnalazioni di eventi avversi/*near miss*.
 - Implementare la diffusione e la conoscenza delle raccomandazioni ministeriali e delle procedure aziendali per aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcune fasi assistenziali.
 - Promuovere l'analisi degli eventi avversi/*near miss* attraverso la partecipazione attiva agli audit clinici e la diffusione di audit clinici interni nelle singole UU.OO.
 - Favorire la condivisione dei percorsi clinico organizzativi aziendali attraverso l'interazione ed integrazione multidisciplinare e multiprofessionale degli operatori.

PIANO ANNUALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO - 2025

OBIETTIVI	ATTIVITÀ	INDICATORE	SOGLIA
A. PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE	Alimentare il database SIMES (Eventi Sentinella)	N° segnalazioni inserite su database SIMES / N° di segnalazioni pervenute	100%
	Alimentare il database Incident Reporting aziendale	N° segnalazioni inserite su database / N° di segnalazioni pervenute e prese in carico	100%
	Organizzare audit clinici a seguito di segnalazione di <i>eventi sentinella</i>	N° audit clinici eseguiti / N° audit pianificati a seguito di segnalazione di ES	100%
	Organizzare audit clinici a seguito di segnalazione di <i>near miss</i> /eventi avversi	N° audit clinici eseguiti / N° audit pianificati per l'anno in corso a seguito di segnalazione di eventi avversi	80%
	Monitorare le azioni di miglioramento (preventive e/o correttive) individuate dall'analisi e gestione degli eventi sentinella e di <i>near miss</i> /eventi avversi..	N° azioni di miglioramento monitorate/ N° totale di azioni di miglioramento proposte	100%
	Monitorare la sicurezza della gestione perioperatoria (verifica della corretta applicazione della check list di sala operatoria, identificazione paziente, sito e procedura, etc).	N° monitoraggi attuati / N° monitoraggi pianificati	100%
	Organizzare giri di sicurezza (<i>safety walk round</i>) nei Presidi e Strutture Aziendali.	≥ 6 giri per anno	80%
	Collaborare con il Gruppo Operativo Epidemiologico (G.O.E.) aziendale nella prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza e antimicrobico-resistenza.	N° audit/giri di sicurezza attuati/ segnalazioni ICA	100%
	Partecipare alle attività del Centro regionale rischio clinico istituito con DGR n. 191/2023.	NA	
	Collaborare con le altre funzioni/organizzazioni aziendali coinvolte nella gestione del rischio e sicurezza del paziente (Ingegneria clinica, Servizio Protezione e Prevenzione, G.O.E. etc) in un'ottica di multidisciplinarietà e multi professionalità anche secondo le indicazioni / disposizioni dei competenti Servizi del Dipartimento Sanità.	≥ 3 riunioni per anno	100%



PIANO ANNUALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO - 2025

OBIETTIVI	ATTIVITÀ	INDICATORE	SOGLIA
	Concorrere alla realizzazione di procedure e protocolli operativi al fine di promuovere l'efficienza, l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.	N° procedure coordinate / N° procedure proposte e avallate dalla Direzione	80%
B.	Partecipare alle attività coordinate dall'Agenzia Sanitaria Regionale, finalizzate alla definizione, rilevazione e analisi dei flussi sanitari, anche alla luce del monitoraggio degli indicatori del PNE.	NA	
	Coordinare le attività e supportare le articolazioni organizzative per il conseguimento dell'Accreditamento istituzionale dell'azienda.	N° Accreditementi ottenuti / N° accreditamenti pianificati	100%
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E DEGLI EVENTI AVVERSI	Supportare le UU.OO. nei processi di certificazione volontaria (es. ISO, Joint Commission).	N° Certificazioni ottenute / N° pianificate (rinnovo e sorveglianza)	100%
	Implementare le buone pratiche per la sicurezza del paziente attraverso il monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali.	N° monitoraggi effettuati / N° monitoraggi Pianificati	100%
	Monitorare le patologie Tempo-Dipendenti (ictus, IMA, sepsi).	N° Audit per il monitoraggio dei PCO effettuati / N° Audit Pianificati	80%
	Monitorare l'applicazione delle procedure vigenti in Azienda, valutandone anche efficacia ed efficienza.	N° monitoraggi effettuati / N° monitoraggi Pianificati	70%
	Implementare la sicurezza del paziente nell'ambito del percorso nascita attraverso percorsi/procedure aziendali.	Documento Percorso nascita	100%
	Definire il modello organizzativo della rete aziendale cure palliative.	Documento Percorso Cure Palliative	100%
	Rilevare il gradimento dell'utenza per i servizi erogati dalla ASL Lanciano Vasto Chieti (<i>customer satisfaction</i>).	Report annuale	100%



PIANO ANNUALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO - 2025

OBIETTIVI	ATTIVITÀ	INDICATORE	SOGLIA
C. FORMAZIONE IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO (PIANO FORMATIVO 2025)	Corso base teorico-pratico sul rischio clinico per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.	N° corsi attuati / N° corsi pianificati	100%
	Corso sulla "Prevenzione del suicidio in ambiente ospedaliero".	Gradimento Personale formato	80%
	Cicli di incontri per formatori in Simulazione per la gestione degli Eventi Critici in Sistemi Complessi.	N° corsi attuati / N° corsi pianificati	100%
	Cicli di incontri per Referenti Qualità Aziendali per il miglioramento e la sicurezza delle cure.	Gradimento Personale formato	80%
	Corso di formazione sulla Prevenzione e gestione rischio caduta e sulla Prevenzione e gestione della contenzione fisica.	N° incontri attuati / N° incontri pianificati	
		N° incontri attuati / N° incontri pianificati	

