




INDICE

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

Redatto da:

NOME	COGNOME	UNITÀ OPERATIVA
Delia	Racciatti	Qualità, Accreditamento e Risk Management
Marta	Bertoncelli	Qualità, Accreditamento e Risk Management
Tiziana	Di Corcia	Qualità, Accreditamento e Risk Management
Alessandro	Di Risio	Qualità, Accreditamento e Risk Management
Roberta	Liberi	Qualità, Accreditamento e Risk Management
Andrea	Tavella Scaringi	Qualità, Accreditamento e Risk Management

Il presente documento è stato condiviso con i componenti del Comitato Rischio Clinico Aziendale durante la riunione del 26/03/2026 e validato dalla Direzione Strategica in data 31/03/2026.

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	26/03/2026	Pag.2/11
	PIANO ANNUALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO - 2026		

1. INTRODUZIONE

Uno degli aspetti più controversi delle cure mediche è la capacità che esse hanno di causare disabilità e disagi: ovunque vengano dispensate cure mediche, il paziente corre il rischio di essere vittima di un danno come conseguenza involontaria delle stesse cure e la percentuale di danni iatrogeni causati costituisce un importante **indicatore della qualità** delle cure.

Pertanto, la gestione del rischio clinico si traduce in un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali delle varie attività assistenziali; esso riveste un ruolo decisivo nell'ambito del governo clinico, un ruolo che peraltro è fondamentale nel garantire la sicurezza dei cittadini e la corretta erogazione dei servizi sanitari di qualità.

La gestione del rischio clinico richiede un approccio "sistemico" che, in aderenza alla legge Gelli Bianco (n. 24/2017), preveda il contributo di ogni soggetto coinvolto nell'organizzazione ed erogazione dei servizi alla prevenzione e gestione del rischio mediante l'implementazione di veri e propri modelli organizzativi improntati ai principi aziendali di Risk Management.

Nella ASL 02 Lanciano Vasto Chieti, al fine di integrare le molteplici componenti che nel sistema aziendale concorrono alla prevenzione e gestione del rischio, la U.O.C. Qualità, Accredimento 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, Accredimento e Risk Management sono sostanzialmente 4: Project Management, Informazione/Formazione, Qualità e Rischio Clinico (fig. 1).

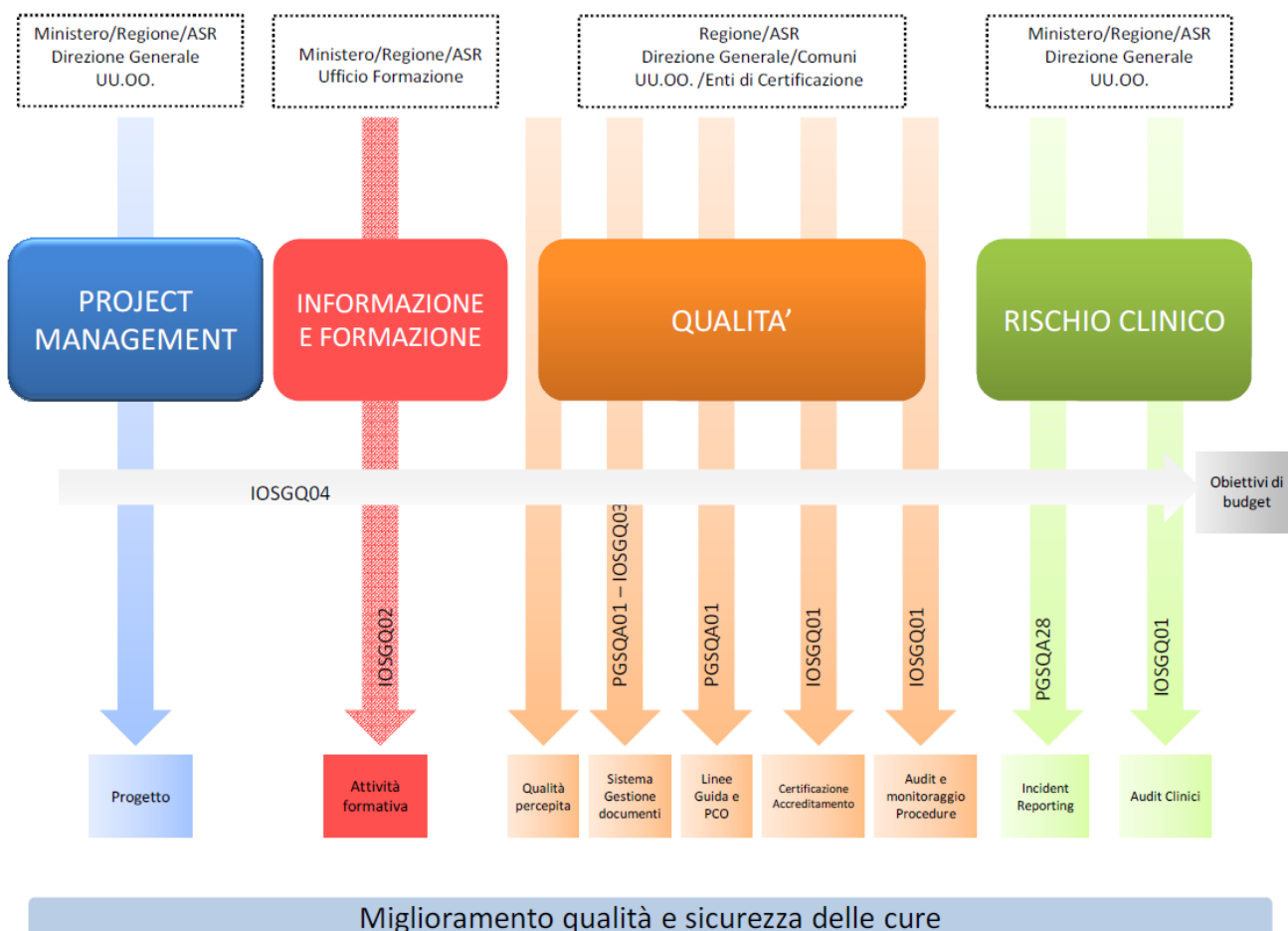


Figura 1. Settori di attività della U.O.C. Qualità, Accreditazione e Risk management con i relativi processi.


2. SCOPO

Scopo del presente documento è quello di illustrare la pianificazione delle attività che per l'annualità 2026 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 2025 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	26/03/2026	Pag.4/11
	PIANO ANNUALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO - 2026		

4. **NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE INTERNA DI RIFERIMENTO**

- D.G.R.A. n. 1440 del 18/12/2006 recante “Misure Organizzative per la Gestione del Rischio Clinico nelle Aziende Sanitarie”.
- 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.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 208/2025 del 05/02/2025 recante: “Comitato Interdisciplinare Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico. Delibera ASL n. 1791/2013. Ulteriori Provvedimenti”.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 445/2025 del 27/02/2025 recante: “Comitato Interdisciplinare Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico. Deliberazione Direttoriale n. 208/2025. Ulteriori Provvedimenti”.
- D.M. 15 dicembre 2023, N. 232 Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.
- Delibera del Direttore Generale n. 429 del 13.03.2026 recante: “D.M. 15 DICEMBRE 2023, N. 232. Regolamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS). Istituzione fondo rischi e fondo riserva sinistri. Provvedimenti”.
- Piano Formativo Aziendale 2026
- Sistema di *Incident Reporting* Aziendale
- Strumenti proattivi per la valutazione e gestione del rischio (safety walk round, audit clinici e di sistema).

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	26/03/2026	Pag.5/11
	PIANO ANNUALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO - 2026		

5. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

Gli obiettivi strategici sono:

- Promuovere la cultura della qualità e sicurezza delle cure come obiettivo di ciascun esercente le professioni sanitarie (L. 24/2017)
- 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.
- Favorire la collaborazione fattiva degli operatori nell'elaborazione dei documenti aziendali attraverso una maggiore consapevolezza della necessità di attenersi alle buone pratiche assistenziali.

Le tabelle 1 e 2 presentano gli indicatori relativi alle attività messe in atto nell'anno 2025 (tabella 1) e quelle programmate per l'anno 2026 (tabella 2). Tali attività sono divise in obiettivi appartenenti a tre diverse aree:

- 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 rischio clinico (piano formativo 2025 e 2026).

In relazione all'obiettivo A si precisa che:

- la gestione degli audit clinici è conseguente al tipo e alla gravità degli eventi segnalati attraverso il sistema di *Incident Reporting*, pertanto, il numero di audit non può essere pianificato in anticipo.
- i monitoraggi delle azioni di miglioramento a seguito di audit clinici vengono effettuati dopo la trasmissione formale ai direttori delle UU.OO. coinvolte delle azioni di miglioramento e con la conseguente richiesta di inviare alla UOC Qualità, Accredimento e Risk Management evidenze relative all'attuazione di tali azioni di miglioramento.

In relazione all'obiettivo B si precisa che:

- La UOC Qualità, Accredimento e Risk Management funge da coordinamento per Gruppi di lavoro aziendali istituiti per redigere/revisionare procedure/protocolli aziendali, anche con



successiva attività di monitoraggio a campione nell'applicazione delle stesse, mentre il monitoraggio continuativo delle stesse è demandato ai professionisti maggiormente coinvolti e responsabili dei percorsi descritti nelle procedure stesse.

- La UOC qualità, Accredimento e Risk Management convoca con cadenze specifiche audit organizzativi sui principali percorsi aziendali attivati (es.: oncologici, reti tempo-dipendenti)
- Le attività relative all'accreditamento delle UU.OO. / strutture aziendali, secondo la LR 32/2007 e s.m.i., da parte della UOC Qualità, Accredimento e Risk Management sono da intendersi come attività di coordinamento propedeutiche all'ottenimento dello stesso.

In relazione all'obiettivo C si precisa che:

- La UOC Qualità, Accredimento e Risk Management partecipa alla rilevazione dei bisogni formativi e organizza corsi di formazione coerenti con il Piano Formativo Aziendale sulle tematiche del rischio clinico, qualità e sicurezza delle cure.
- La percentuale del valore di gradimento delle attività formative è calcolata sulle 3 edizioni del corso e prende in considerazione 3 parametri: rilevanza, efficacia, qualità. Nello specifico sono state considerate le valutazioni positive (giudizi da 3 a 5) e ne è stato calcolato il valore medio.

TABELLA 1. OBIETTIVI 2025

OBIETTIVI	ATTIVITÀ	INDICATORE	VALORE RAGGIUNTO	VALORE 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	3/3 (100%)	100%
	Alimentare il database <i>Incident Reporting</i> aziendale	N° segnalazioni inserite su database / N° di segnalazioni pervenute e prese in carico	308/308 (100%)	100%
	Organizzare audit clinici a seguito di segnalazione di <i>eventi sentinella (ES)</i>	N° audit clinici eseguiti / N° audit pianificati a seguito di segnalazione di ES	3/3 (100%)	100%
	Organizzare audit clinici a seguito di segnalazione di <i>near miss/eventi avversi</i>	N° audit clinici eseguiti / N° audit pianificati per l'anno in corso a seguito di segnalazione di eventi avversi	23/23 (100%)	80%
	Monitorare le azioni di miglioramento (preventive e/o correttive) individuate dall'analisi e gestione degli eventi sentinella e di <i>near miss/eventi avversi</i>	N° azioni di miglioramento monitorate / N° totale di azioni di miglioramento proposte	101/101	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	536/536	100%
	Organizzare giri di sicurezza (<i>safety walk round</i>) nei Presidi e Strutture Aziendali	≥ 6 giri per anno	6/6 (100%)	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	4/4	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	3/3	100%

OBIETTIVI	ATTIVITÀ	INDICATORE		SOGLIA
B. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E DEGLI EVENTI AVVERSI	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	32/32(100%)	80%
	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° accreditamenti ottenuti § / N° accreditamenti pianificati	2/2	100%
	Supportare le UU.OO. nei processi di certificazione volontaria (es. ISO, Joint Commission).	N° certificazioni ottenute / N° pianificate (rinnovo e sorveglianza)	3/3 (100%)	100%
	Implementare le buone pratiche per la sicurezza del paziente attraverso il monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali.	N° monitoraggi effettuati / N° monitoraggi pianificati	1/1	100%
	Monitorare le patologie tempo-dipendenti (ictus, IMA, sepsi).	N° audit per il monitoraggio dei PCO effettuati / N° audit pianificati	2/2	80%
	Monitorare l'applicazione delle procedure vigenti in azienda, valutandone anche efficacia ed efficienza.	N° monitoraggi effettuati / N° monitoraggi pianificati	4/4	70%
	Implementare la sicurezza del paziente nell'ambito del percorso nascita attraverso percorsi/procedure aziendali.	Documento Percorso nascita	0 *	100%
	Definire il modello organizzativo della rete aziendale cure palliative.	Documento Percorso cure palliative	1/1	100%
	Rilevare il gradimento dell'utenza per i servizi erogati dalla ASL Lanciano Vasto Chieti (<i>customer satisfaction</i>).	Report annuale	1/1 (100%)	100%
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	3/3	100%
		gradimento personale formato	99%**	80%
	Corso sulla "Prevenzione del suicidio in ambiente ospedaliero".	N° corsi attuati / N° corsi pianificati	3/3	100%
		gradimento personale formato	89%**	80%
Cicli di incontri per formatori in "Simulazione per la gestione degli Eventi Critici in Sistemi Complessi".	N° incontri attuati / N° incontri pianificati	0/0 ***		

	Cicli di incontri per Referenti Qualità Aziendali per il miglioramento e la sicurezza delle cure.	N° incontri attuati / N° incontri pianificati	2/2	
	Corso di formazione sulla “Prevenzione e gestione rischio caduta” e sulla “Prevenzione e gestione della contenzione fisica”.	N° corsi attuati / N° corsi pianificati	3/3	100%
		gradimento personale formato	95%**	80%

* Per il percorso nascita sono attualmente in fase di elaborazione documenti inerenti alla Gravidanza a basso rischio (BRO), il Taglio Cesareo Dolce, il Rooming-in, La Procedura Skin to Skin, l'OBI ginecologico. La non definizione degli stessi entro il 31 dicembre 2025 è legata alla necessità di un coinvolgimento di più professionisti, che non ha consentito di rispettare le tempistiche prefissate.

**valore calcolato sulle 3 edizioni su rilevanza, efficacia, qualità: sono state considerate le valutazioni positive (giudizi da 3 a 5).

*** Nel corso del 2025 non è stata riattivata a livello aziendale la Formazione in Simulazione per problemi strutturali e di logistica.

§ Si intendono le attività coordinate dalla UOC Qualità propedeutiche all'ottenimento dell'accREDITAMENTO.

TABELLA 2. OBIETTIVI 2026

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 <i>Incident Reporting</i> 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 la sicurezza della gestione peri operatoria attraverso la verifica della corretta applicazione della check list di sala operatoria.	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 fino a riattivazione del Centro regionale	100%
	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%
OBIETTIVI	ATTIVITÀ	INDICATORE	SOGLIA
B. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E DEGLI EVENTI AVVERSI	Concorrere alla realizzazione/revisione 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%
	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° Accreditamenti coordinati / N° accreditamenti pianificati	100%
	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 (N. 8)	100%
	Monitorare le patologie Tempo-Dipendenti (ictus, IMA, sepsi).	N° Audit per il monitoraggio dei PCO effettuati / N° Audit Pianificati (N. 2)	80%
	Implementare la sicurezza del paziente nell'ambito del percorso nascita attraverso percorsi/procedure aziendali.	Documento Percorso nascita	100%
	Definire il modello organizzativo delle Case di Comunità.	Documento Case di Comunità	100%
	Rilevare il gradimento dell'utenza per i servizi erogati dalla ASL Lanciano Vasto Chieti (<i>customer satisfaction</i>).	Report annuale	100%

OBIETTIVI	ATTIVITÀ	INDICATORE	SOGLIA
C. FORMAZIONE IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO (PIANO FORMATIVO 2026)	Corso base teorico-pratico sul rischio clinico per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.	N° 3 corsi attuati / N° 3 corsi pianificati	100%
	Corso di formazione sulla Prevenzione del suicidio in ambiente sanitario, sulla Prevenzione e gestione rischio caduta e sulla Prevenzione e gestione della contenzione fisica.	N° 3 corsi attuati / N° 3 corsi pianificati	100%
	Il Fenomeno Crescente Della Violenza Sugli Operatori: Spunti Di Riflessione	N° 3 corsi attuati / N° 3 corsi pianificati	100%
	Cicli di incontri per Referenti Qualità Aziendali per il miglioramento e la sicurezza delle cure.	N° 3 incontri attuati / N° 3 incontri pianificati	100%
	LE CADUTE IN OSPEDALE E LA CONTENZIONE, PROBLEMI E RISCHI PER IL PAZIENTE E GLI OPERATORI. AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE ALLA LUCE DELLE RECENTI EVIDENZE SCIENTIFICHE	N° 3 corsi attuati / N° 3 corsi pianificati	100%

Nel corso del 2026, una volta ristrutturati i locali da destinare alle attività di formazione in simulazione ad alta fedeltà, verrà sottoposta nuovamente ad autorizzazione la proposta formativa seguente:

Cicli di incontri per formatori in Simulazione per la gestione degli Eventi Critici in Sistemi Complessi.	N° 1 incontri attuati / N° 1 incontri pianificati	100%
---	---	------