

**DIREZIONE GENERALE
STAFF UOC RISCHIO CLINICO**

**PIANO ANNUALE di RISK MANAGEMENT(PARM): GESTIONE DEL RISCHIO
CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) - 2015**

INDICE

1) PREMESSA

- 1a) Contesto organizzativo.**
- 1b) Descrizione degli eventi/sinistri nell'ultimo triennio.**
- 1c) Descrizione della posizione assicurativa.**
- 1d) Comitato Valutazione Sinistri.**

2) SCOPO

3) OBIETTIVI STRATEGICI

4) STRUMENTI

5) MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

6) AZIONI

7) DIFFUSIONE

8) INDICATORI

1. PREMESSA

1a. Contesto organizzativo

L'Azienda Latina è composta da 45 Edifici

Totali MQ =175.520,79

Totale MQ Pertinenze = 182283

Il numero di dipendenti presenti nell'Azienda è di 3.709

Il numero di Posti letto per la degenza sono 781, mentre quelli per il Day Hospital e il Day Surgery sono 119.

Posti letto anno 2014 - NSIS HSP - 22 bis Dicembre 2014

Posti letto totali 781

Posti letto per acuti 736

Posti letto per Riabilitazione 13

Nido 32

P.O.N.Ospedale S.M.Goretti 1 Terapia Intensiva

P.O.S. Ospedale di Formia 1 Terapia Intensiva

P.O.N.Ospedale S.M.Goretti 1 Unità Coronarica

P.O.S.Ospedale di Formia 1 Unità Coronarica

Posti letto Universitari "Polo Pontino"

Posti letto totali anno 2014 101 di cui 52 del Padiglione ICOT

Posti letto ordinari 82

Posti letto diurni 19

Le branche specialistiche sono 74 e precisamente:

N° 27 specialità Chirurgiche, N° 13 Medicine Generali in cui sono comprese N°2 Medicine Post-acuzie, N°1 Diabetologia, N°2 Gastroenterologia; vi sono, poi, N° 4 Cardiologie, N°1 Cardiologia interventistica ed Emodinamica, N° 2 Unità Coronariche, N°3 Ematologie, N°2 Terapie Intensive, N°1 Malattie Infettive, N°1 Malattie Endocrine e del Ricambio, N° 2 Nefrologie, N°1 Neurologia, N°3 Pediatria, N°3 Neonatologie, N°1 Psichiatria, N°1 Neuropsichiatria Infantile, N°2 Astanteria, N°2 Oncologie, N°1 Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione, N°2 Recupero e Riabilitazione Funzionali, N°1 Pneumologia, N°1 Per Detenuti. Delle suddette Strutture N°9 sono Universitarie.

HUB Reti assistenziali specialistiche della Regione Lazio.

Riguardo il ruolo di Hub per le varie reti dell'emergenza, la Rete Pontina per il trattamento dell'infarto miocardico acuto nel territorio della provincia di Latina è operativa dal mese di Febbraio 2012, rete implementata secondo il modello Hub-Spoke.

Il ruolo della rete e per questo si stanno attivando campagne informative sulla popolazione, consiste nel fatto che in caso di dolore toracico e malessere, non si cerchi di raggiungere l'ospedale più vicino con mezzi propri ma si allerti il 118.

Il paziente con sospetto di Infarto Miocardico, trasportato presso l'Ospedale S.M. Goretti, viene inviato presso il servizio di Emodinamica possibilmente entro 90 minuti dall'insorgere dei sintomi.

N.totali accesso Pronto Soccorso anno 2014 160.089

N.Blocchi Operatori 4 N.Sale Operatorie 15

N.Interventi Chirurgici 9.728 DGR chirurgico in ricovero ordinario anno 2014
 3.666 DRG chirurgico in ricovero diurno anno 2014

N.Parti 3.412 anno 2014

Chirurgia dei trapianti: é presente in Azienda una Unità Operativa per la donazione di organi e tessuti.

Servizio Trasfusionale: 1 P.O.N. Ospedale S.M.Goretti
 1 P.O.S. Ospedale di Formia

1.b Descrizione degli eventi/sinistri nell'ultimo triennio

Anno	N.Eventi Avversi	N.Eventi Sentinella	N.Sinistri
2012	1	1	73
2013	2	2	75
2014	1	1	64

1.c Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza e rel.	Scadenza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
Anno 2012	21.06/32/1024	30.04.2013	Cattolica	3.975.000	0	AON
Anno 2013	21.06/32/3041	30.07.2014	Cattolica	3.709.750	500.000	AON
Anno 2014	21.06/32/3041	31.08.2014	Cattolica	2.473.166	500.000	AON
Anno 2014	TTOMM402580	31.08.2015	AM TRUST	1.564.800	400.000	AON

1.d Comitato Valutazione Sinistri

Composizione: il CVS è composto dal Direttore Amministrativo in qualità di Presidente o un suo delegato; in qualità di componenti il Risk Manager, il Responsabile dell'Avvocatura, Il Direttore del Dipartimento funzionale per l'integrazione Socio Sanitaria (Medico Legale), il Broker Aziendale, la Compagnia di Assicurazione e un funzionario dell'Avvocatura con funzioni di segreteria.

Anno di istituzione: 2013

Numero di casi istruiti:

Anno	Numero casi istruiti
2012	0
2013	6
2014	42

2. SCOPO

Il piano annuale di Risk Management(PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi.

L'Azienda, con la figura del Risk Manager e attraverso le politiche di Risk Management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

I progetti operativi (parte integrante e sostanziale del Parm), hanno il fine di analizzare le anomalie di processo o di singole azioni per la relativa adozione di specifici correttivi, tendenti al miglioramento continuo dei processi presi in esame.

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

Il PARM si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

Il ruolo di promozione attiva del Risk Manager assume quindi, sempre più, una caratteristica di indipendenza istituzionale alle dirette dipendenze della Direzione Strategica Aziendale.

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

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

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

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

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

3.OBIETTIVI STRATEGICI

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

- 1.Creare e diffondere la "cultura della sicurezza" e la "cultura organizzativa" in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno.
- 2.Creare la mappa dei rischi.
- 3.Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa.
- 4.Favorire la comunicazione tra professionisti in un'ottica di sistema.
- 5.Promuovere interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo alle infezioni correlate all'assistenza.
- 6.Promuovere interventi mirati al contenimento dei sinistri.
- 7.Favorire la visione unitaria delle diverse "sicurezze aziendali" attraverso il monitoraggio coordinato e continuativo tra le varie funzioni aziendali, con particolare riguardo verso la sicurezza dei pazienti, degli operatori e delle tecnologie/apparecchiature.
- 8.Promuovere l'appropriatezza gestionale nell'allocazione delle risorse economiche aziendali.
- 9.Promuovere l'integrazione tra le diverse articolazioni aziendali coinvolte nel Governo Clinico.
- 10.Facilitare i processi di integrazione tra Risk Manager, Affari Generali e/o Legali e Medicina Legale ai fini della gestione della sinistrosità.

4. STRUMENTI

La UOC Rischio Clinico dell'Azienda Latina è una struttura in staff alla Direzione Generale.

Al fine di tener conto dei criteri previsti dal documento regionale Determina N.G01424 del 10.02.2014, si ritiene che la dotazione minima deve prevedere n.1 profilo sanitario e n.1 profilo amministrativo. Attualmente la UOC di Rischio Clinico è costituita dal Direttore di Struttura che coordina il sistema di segnalazione degli eventi avversi, le attività di analisi locali, la produzione di raccomandazioni, la definizione di linee guida, protocolli e procedure locali e aziendali, il gruppo dei referenti locali e i gruppi di lavoro tematici; gestisce direttamente i rapporti con la Regione per le attività di Rischio Clinico e la formazione aziendale sul rischio clinico; si collega con la UOC Sistemi Informativi per l'acquisizione dei dati, si collega con la UOC di Epidemiologia per lo sviluppo degli indicatori e la produzione di Report periodici, si collega con la UOC Formazione per la Formazione Aziendale sul Rischio Clinico.

I Direttori Medici di Presidio, i Direttori di Distretto e di Dipartimento a Struttura si collegano con la UOC Rischio Clinico per garantire le necessarie esigenze di coordinamento delle attività di Rischio Clinico, concorrono alla produzione di raccomandazioni, concorrono alla definizione di linee guida, protocolli e procedure locali e aziendali assicurandone l'omogeneità.

Il Risk Manager partecipa, quale componente effettivo, al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'assistenza (CC-ICA) come da delibera del DG N° 360 del 23 Giugno 2011. Il CC-ICA prevede modalità operative in coerenza con il documento prodotto dal gruppo di lavoro regionale.

Il Risk Manager partecipa, quale componente effettivo, al CVS come da delibera del DG N°682 del 20 Dicembre 2013.

La mappatura dei rischi da parte del Risk Manager avviene in Azienda tramite:

- 1) Incident Reporting, sia in forma informatizzata che cartacea; le segnalazioni anonime da parte degli operatori sanitari, pervengono, per via informatizzata con sistema criptato, esclusivamente presso la UOC di Rischio Clinico; mentre in formato cartaceo vengono utilizzate dagli utenti e una volta depositate presso le urne, poste nei centri URP e nei centri accoglienza dell'Azienda, vengono visionate dai Direttori di Presidio, che se necessario si confrontano con la UOC di Rischio Clinico.
- 2) Dal monitoraggio delle cartelle cliniche sia a campione sia selezionate per la valutazione del percorso assistenziale.
- 3) Dal processo di Auditing: annualmente in azienda si organizzano sia Audit Aziendali sia di Presidio oltre che Audit di Struttura. Le attività di "Internal Audit", organizzate nell'Azienda, coinvolgono i professionisti sempre per il raggiungimento di una migliore qualità assistenziale.
- 4) Dall'effettuazione del Safety Walkaround, tecnica di Risk Assessment, che consiste nell'effettuazione dei giri di sicurezza nelle strutture dell'Azienda per il 2014. Il SWR prevede visite ed interviste strutturate da parte del Risk Manager agli operatori e dirigenti delle Unità Operative e Servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità. Durante le visite vengono effettuate delle interviste agli operatori sanitari, finalizzate ad identificare i rischi attuali o potenziali che possono portare ad Eventi Avversi/Sentinella e produrre preventivamente azioni di

miglioramento. La UOC di Rischio Clinico ha voluto dare un valore aggiunto al SWR: oltre all'effettuazione dell'intervista, verranno visionate insieme al Direttore di Presidio e di Struttura che partecipano al giro di sicurezza, alcune procedure Aziendali di Rischio Clinico che, una volta compilate, diventano parte integrante della cartella clinica e precisamente la Check list Chirurgica, la Check-list per la prevenzione della caduta in ambito ospedaliero, la Check list per la prevenzione del rischio trombo embolico, la SUT-Scheda Unica di Terapia per Area Medica, Chirurgica e Critica. Sarà anche verificato la presenza del Consenso Informato e la qualità della documentazione sanitaria. La Check List Chirurgica, inoltre, viene spesso monitorata dal Risk Manager sul campo. Un valore aggiunto è la verifica, sempre sul campo, durante il SWR, dell'utilizzo delle procedure standard per la sicurezza del paziente e dello stesso operatore. È in attivo lo studio degli indicatori di qualità ed esito (Prevale). Il contenzioso viene mappato annualmente dal Risk Manager, mentre per i reclami e gli infortuni ci si confronta con le sedi URP e le Direzioni di Presidio dell'Azienda.

Corsi di Formazione: si sono tenuti corsi di Formazione sul Rischio in Chirurgia (4 edizioni), sul Rischio Suicidario (1 edizione), Momenti comunicativi /formativi sulle procedure aziendali prodotte tramite i gruppi di lavoro organizzati dal Risk Manager, il Corso di Risk Management (5 edizioni) per la Rete dei facilitatori di Rischio Clinico dell'Azienda Latina, così formulato:

1°Modulo-Strategie per la gestione del Rischio Clinico:

Messaggio di benvenuto per introdurre i partecipanti al tema del modulo

Acquisire conoscenze sulle definizioni condivise di errore, evento, errore attivo ed errore passivo

Eventi Sentinella

Protocolli, Procedure, linee guida e Best Practice-Procedure di Camera Operatoria

Consenso informato e Cartella Clinica

Approccio alla responsabilità in ambito sanitario

Incident Reporting-Procedure Aziendali

Sessione pratica: Incident Reporting; Scheda Unica di Terapia(SUT) per Area Medica, Chirurgica e Critica, Check-list per la prevenzione della caduta in ambito ospedaliero

Presentazione lavori di gruppo

2° Modulo-Metodi e strumenti per l'identificazione, l'analisi e la gestione del rischio:

Messaggio di benvenuto per introdurre i partecipanti al tema del modulo

Descrizione Tecnica Reattiva(RCA)

Descrizione tecnica Proattiva (FMEA-FMECA)

Descrizione tecnica Proattiva (FMEA-FMECA)

Audit Clinico

Safety Walkaround

Simulazione di un Audit Clinico

Presentazione lavori di gruppo

3°Modulo-Metodologie epidemiologiche per la valutazione dei rischi:

Messaggio di benvenuto per introdurre i partecipanti al tema del modulo

Le evidenze sui rischi per i pazienti ricoverati(le infezioni ospedaliere dagli anni '70 del 900, l'epidemiologia degli eventi avversi e evitabili dagli anni 90 del secolo scorso)

Come si misurano gli eventi avversi

Esercitazione

Misure di associazione

Indicatori cosa sono e come si costruiscono- Potenzialità e limiti dei flussi informativi correnti

Il Progetto Prevale: Programma di valutazione degli esiti

Esercitazione

Presentazione dei lavori di gruppo e discussione

Sono stati formati 270 facilitatori di Rischio Clinico per l'Azienda Latina, che costituiscono la "Rete dei Referenti" in materia di gestione del Rischio Clinico, per facilitare il percorso di condivisione a tutti i livelli e le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

- 5) Si riportano alcune delle buone pratiche introdotte nelle U.O.: Buona pratica per la riduzione del taglio cesareo (con la quale l'Azienda ha partecipato al progetto PASQ), per l'endoscopia digestiva, per la Legionellosi, per la Chirurgia Elettiva e in emergenza, per la TEV e tante altre.
- 6) Il Monitoraggio degli Eventi Sentinella avviene secondo il protocollo Ministeriale: la scheda A viene introdotta Risk Manager nel sistema SIMES, entro 5 giorni dalla segnalazione di un Evento Sentinella, mentre la scheda B entro 45 giorni. Il Monitoraggio dei dati riguardanti i sinistri ed alimentazione dei flussi Simes, avviene secondo le modalità e le tempistiche previste dalle linee di indirizzo regionali.
- 7) Le Raccomandazioni Ministeriali sono state diffuse dal Risk Manager, sia tramite la formulazione di procedure aziendali, prodotte da gruppi di lavoro ad hoc, costituiti e coordinati dalla UOC Rischio Clinico, sia con la trasmissione diretta di alcune Raccomandazioni essendo state approvate dalla scrivente, durante i "Tavoli tecnici Interregionali di Rischio Clinico".

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità:

- 1) Quella del Risk Manager che redige e promuove il PARM tenendo conto le linee guida regionali e aziendali in materia di Risk Management;
- 2) Quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a fornire direttive (piano di budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARM.

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

R= Responsabile

C= Coinvolto

I= Informato

6. AZIONI

Cronoprogramma delle azioni del “Piano Annuale di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA)-2015”

- 1) Monitoraggio Check list Chirurgica: primo monitoraggio entro giugno 2015, secondo monitoraggio entro Dicembre 2015
- 2) Monitoraggio Scheda Unica di Terapia (SUT) per Area Medica Chirurgica e Critica: primo monitoraggio entro giugno 2015, secondo monitoraggio entro Dicembre 2015
- 3) Aggiornamento Check List Prevenzione Caduta in ambito ospedaliero
- 4) Monitoraggio Check List prevenzione caduta: primo monitoraggio entro Giugno 2015, secondo monitoraggio entro Dicembre 2015

- 5) Verifica tramite Check List Aziendale della corretta compilazione del Consenso Informato durante il Safety Walkaround (giri di sicurezza) entro Giugno 2015 ed entro Dicembre 2015
- 6) Verifica tramite check list aziendale della corretta compilazione e completezza della Cartella Clinica durante il Safety Walkaround entro Giugno 2015 ed entro Dicembre 2015
- 7) Il Safety Walkaround (SWR):10 giri di sicurezza presso le Unità Operative dell'Ospedale S.M. Goretti; 5 giri di sicurezza entro Giugno 2015 ed altri 5 giri entro Dicembre 2015
- 8) Il Safety Walkaround presso la "Casa della Salute di Sezze Romano" entro Ottobre 2015
- 9) Revisione delle Procedure di Sicurezza Trasfusionale e valutazione del "Processo di appropriatezza prescrittiva"entro Novembre 2015
- 10) Gestione degli atti di violenza fisica e verbale a danno degli operatori
- 11) Settima Edizione del corso di Formazione Aziendale in "Risk Management"per la Rete dei Facilitatori di Rischio Clinico dell'Azienda Latina entro Dicembre 2015
- 12) Diffusione di Procedure Aziendali presso le Case di Cura Accreditate entro Novembre 2015
- 13) Audit organizzativi sui dati del sistema "Prevale" per rilevare criticità strutturali/organizzative al fine di apportare piani di miglioramento entro Novembre 2015
- 14) Attuazione PDTA Aziendale Ospedale-Territorio per la gestione della frattura Collo Femore del Paziente con età superiore a 65 anni (prodotto nel 2014) entro giugno 2015
- 15) Elaborazione ed implementazione di una procedura per la gestione dei pazienti in dimissione dalle Unità di ricovero e cura in assistenza domiciliare al fine di promuovere la continuità assistenziale tra struttura di ricovero e cure domiciliari entro Luglio 2015
- 16) Mappatura infortuni negli ultimi tre anni: entro Novembre 2015
- 17) Healt Tecnology Assessment (HTA)-Interazione con Risk Management: Attivazione di Riunioni specifiche entro Ottobre 2015

- 18) Piano di Formazione Aziendale: Malattie infettive emergenti e riemergenti: "Prevenzione e Controllo in ambito Ospedaliero" entro Novembre 2015
- 19) Un Report trimestrale per ciascun Presidio Ospedaliero (Nord/Sud) sulla Sorveglianza microbiologica di Laboratorio e sull'emergenza di ceppi di microrganismi multi antibiotico resistenti: primo Report entro Giugno 2015, secondo Report entro Dicembre 2015
- 20) Report mensile su specifici germi "alert" (microrganismi multi-antibioticoresistenti e/o altamente diffusibili) per reparto e presidio
- 21) Report di consumi ospedalieri di farmaci antibiotici per classe, per molecola e per DDD: il primo semestre 2015 sarà prodotto e implementato entro Novembre 2015
- 22) Valutazione dell'appropriatezza della profilassi antibiotica preoperatoria nelle Unità Operative Chirurgiche: Monitoraggio a campione sulle cartelle cliniche entro Novembre 2015
- 23) Il Bundle per la prevenzione delle "Infezioni da Catetere Venoso Centrale": una giornata di Formazione Aziendale entro Ottobre 2015
- 24) Protocollo Aziendale per la gestione delle malattie altamente trasmissibili: implementazione entro Giugno 2015
- 25) Prevenzione e controllo delle infezioni nei servizi di diagnostica strumentale ed invasiva entro Dicembre 2015
- 26) Attivazione di informazioni ai cittadini sulle attività presenti nel PARM per il miglioramento della qualità assistenziale

Obiettivi di Budget

- 1) Monitoraggio check list chirurgica
- 2) Monitoraggio Scheda Unica di Terapia (SUT) per Area Medica, Chirurgica e Critica
- 3) Monitoraggio check list per la valutazione del Rischio Tromboembolico
- 4) Monitoraggio check list per la prevenzione della caduta
- 5) Processo di Auditing per le Unità Operative dell'Azienda
- 6) Adesione obbligatoria delle Unità Operative assistenziali all'autovalutazione della cartella clinica
- 7) Partecipazione obbligatoria degli operatori ai corsi di formazione/informazione mirati alla diffusione della cultura della sicurezza e degli strumenti di gestione del rischio

7. DIFFUSIONE

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

- 1) Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;
- 2) Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet;
- 3) Presentazione del PARM durante lo svolgimento di riunioni Aziendali e di Presidio
- 4) Presentazione del Parm durante i corsi di Formazione in "Risk Management" per la Rete dei Facilitatori di Rischio Clinico.
- 5) Presentazione del PARM al personale sanitario delle Unità Operative dell'Azienda durante il Safety Walkaround (SWR)
- 6) Attivazione di informazione ai cittadini sulle attività presenti nel PARM per il miglioramento della qualità assistenziale

8. INDICATORI

Secondo la logica di Miglioramento continuo della Qualità (MCQ) per misurare le attività svolte ed i risultati conseguiti saranno valutati i seguenti indicatori:

1)Obiettivo Formazione

Criterio: Il personale è formato adeguatamente sulle problematiche relative alla sicurezza del paziente.

Indicatore % di operatori sanitari che hanno effettuato una formazione avanzata sul Rischio Clinico

Numeratore Numero di operatori che hanno effettuato una formazione avanzata sul Rischio Clinico

Denominatore Numero operatori sanitari

Standard 10%

Fonte UOC Formazione Aziendale

2)Flusso Simes

Criterio:Corretta alimentazione dei flussi Simes secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella

Indicatore % di Schede A inserite entro 5 giorni dalla segnalazione

Numeratore Numero di schede A inserite entro i 5 giorni
Denominatore Numero di schede A inserite
Standard >95%
Fonte UOC Rischio Clinico

3)Flusso SIMES

Criterio:Corretta alimentazione dei Flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella
Indicatore % di schede B inserite entro i 45 giorni dalla segnalazione
Numeratore Numero di schede B inserite entro i 45 giorni
Denominatore Numero di schede B inserite
Standard >95%
Fonte UOC Rischio Clinico

4)Flusso SIMES

Criterio:Corretta alimentazione secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella
Indicatore % di piani di miglioramento previsti per gli Eventi Sentinella inseriti sul portale Lait
Numeratore Numero di Eventi Sentinella inseriti sul portale Lait che presentano il piano di Miglioramento
Denominatore Numero di Eventi Sentinella inseriti sul portale Lait
Standard>95%
Fonte UOC Rischio Clinico

5)Obiettivo per ASL con CVS

Criterio: promuovere l'appropriatezza degli oneri economici aziendali
Indicatore % di sinistri chiusi nell'anno sui sinistri aperti nell'anno
Numeratore Numero di sinistri chiusi nell'anno preso in considerazione
Denominatore Numero di sinistri aperti nell'anno preso in considerazione
Standard 20%
Fonte UO Avvocatura

6)Obiettivo:applicazione SWR secondo Progetto Aziendale

Criterio: effettuazione SWR in 10 Unità Operative entro Dicembre 2015
Indicatore % di SWR effettuati secondo criteri definiti dal Progetto Aziendale

Numeratore: Numero di SWR effettuati
Denominatore: Numero di SWR previsti
Standard 100%
Fonte UOC Rischio Clinico

7)Obiettivo:Monitoraggio infortuni dipendenti da Rischio Biologico

Criterio: segnalazione infortuni da rischio biologico
Indicatore % infortuni da rischio biologici segnalati
Numeratore: numero di infortuni da rischio biologico segnalati
Denominatore: totale infortuni da rischio biologico
Standard 100%
Fonte UOC di Infettivologia

8)Obiettivo:Valutazione precoce ed intervento per frattura collo-femore entro 48 ore

Criterio: proporzione pazienti che effettuano interventi entro 48 H
Numeratore: numero pazienti con frattura collo femore sottoposti a chirurgia entro 48 H dal ricovero
Denominatore: tutti i pazienti con accesso in P.S. per frattura di femore
Standard 65%
Fonte: UOC Tecnologie Informatiche

Dott.ssa Adriana Ianari
Direttore UOC Rischio Clinico

