

U.O.GEST.DEL RISCHIO CLIN.,QUALITA',ACCREDIT.E URP HQA	IRCCS AOU San Martino – IST MODULO AZIENDALE	MODAZHQA_0504		
	VERBALE	Rev 5	Data 20/06/2014	Pag 1 di 4

Verbale riunione N17 / RM / 2016

Presso: Sala Multimediale- Palazzo Amministrazione, piano 1°

Data: 12/10/2016 - Ora inizio: 12.00 - Ora termine: 13.25

CONVOCATI	CDC – DIP
Dott. Orengo Giovanni	HQA- Staff Direttore Sanitario
Dott.ssa Morganti Simona	HQA- Staff Direttore Sanitario
CPSI Dott.ssa Filanti Antonella	HQA- Staff Direttore Sanitario
Dott. Cavaliere Bruno	HPS2- Staff Direttore Sanitario
Prof. Amore Mario	U29- Dip Neuroscienze e organi di senso
Dott. Ferrandes Giovanna	H94- Staff Direzione Strategica
Dott. Baldini Roberto	HFA - Staff Direttore Sanitario
Dott.ssa Battistini Angela	U76- Staff Direttore Sanitario
Dott.ssa Morando Alessandra	HOR- Staff Direttore Sanitario
Dott. Bermano Francesco	HGS- Dip Emergenza e accettazione
Dott.ssa Grassi Maria Attilia	HFA - Staff Direttore Sanitario
Dott. Gratarola Angelo	HAN- Direttore DAI Emergenza e accettazione
Prof. Gustavino Claudio	T28- Dip Chirurgia Generale, specialistica, oncologica
Prof. Icardi Giancarlo	U76- Staff Direttore Sanitario
Dott. Padrone Dario	HSI- Staff Direzione Strategica
Prof. Palombo Domenico	H50- Direttore DAI Dip Chirurgia Generale, specialistica, oncologica
Prof.ssa Parodi Aurora	U18- Dip Medicina Interna Generale e specialistica
Dott.ssa Pierantoni Derna	HPS- Staff Direttore Sanitario
Prof. Pronzato Paolo	T16- Dip Terapie oncologiche integrate
Dott. Strada Paolo	H78- Dip Diagnosi patol. cure alta complessità tecnologica
Dott.ssa Torielli Flaminia	H32 - Dip Chirurgia Generale, specialistica, oncologica
Prof. Venturini Pierluigi	U70- Dip Chirurgia Generale, specialistica, oncologica
Prof. Viscoli Claudio	U16- Dip Medicina Interna Generale e specialistica
Dott.ssa Zappi Lucia	T20- Dip Emergenza e accettazione
Dott. Ziola Mario	H51- Dip Neuroscienze e organi di senso

Oggetto: evidenze degli standard dell'Area 5 "Processi Assistenziali"–strumento C.A.R.M.IN.A.
(Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated Approach)

Come definito in occasione dell'incontro dell'Unità di Gestione del Rischio del 05 luglio, si procede all'avvio del percorso di recepimento e verifica degli standard identificati in AREA 5 "Processi Assistenziali" dello strumento C.A.R.M.IN.A.

Il monitoraggio dei "Processi Assistenziali", allo standard 5.13, prevede un'autovalutazione relativamente all'aderenza reale dell'Istituto, a quanto previsto dalle Raccomandazioni Ministeriali.

Per contestualizzare al meglio il self assessment, si sono utilizzate check list di aderenza ai requisiti, individuati da Agenas.

Analizzata la documentazione a sostegno dei 13 standard dell'Area 5, emergono temi che richiedono particolare attenzione per progettare ed attuare Attività di miglioramento condivise ed efficaci.

Si ritiene opportuno istituire un gruppo di lavoro* che avrà l'incarico di recepire il "Protocollo Ministeriale per il monitoraggio degli Eventi Sentinella"- luglio 2009.

Redatto U.O. HQA	Controllato U.O. HQA	Approvato Direzione U.O. HQA
---------------------	-------------------------	---------------------------------

U.O.GEST.DEL RISCHIO CLIN.,QUALITA',ACCREDIT.E URP HQA	IRCCS AOU San Martino – IST MODULO AZIENDALE	MODAZHQA_0504		
	VERBALE	Rev 5	Data 20/06/2014	Pag 2 di 4

La composizione del gruppo di lavoro, prevede il coinvolgimento di tutti soggetti che, a vario titolo, sono coinvolti nella gestione di ogni singolo evento sentinella che il Ministero della Salute ha individuato come oggetto di segnalazione.

Di seguito si riportano gli eventi sentinella con i soggetti che verranno coinvolti nella stesura della Istruzione Operativa in recepimento del Protocollo Ministeriale.

Gruppo di lavoro*

N°	Evento Sentinella	Soggetto coinvolto
1	Procedura in paziente sbagliato	Direttore HOR
2	Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	Direttore HAN- Direttore DAI Dip Chirurgia Generale, specialistica, oncologica
3	Errata procedura su paziente corretto	Direttore HOR - Direttore DAI Dip Chirurgia Generale, specialistica, oncologica
4	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	Direttore HOR- Direttore HPS2
5	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0	Direttore H78
6	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Direttore HFA- Direttore HOR
7	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	Direttore U70- Direttore T28- Direttore H32
8	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Direttore H32
9	Morte o grave danno per caduta di paziente	Direttore HOR
10	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	Direttore U29
11	Violenza su paziente	Direttore H94
12	Atti di violenza a danno di operatore	Direttore H86 - Direttore H94
13	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Direttore HOR
14	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	Direttore HGS – Direttore H00
15	Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico	Direttore HQA
16	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	Direttore U76

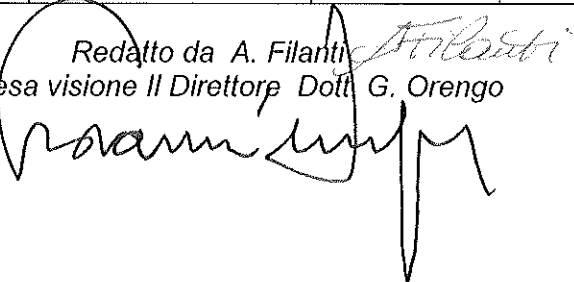
Redatto U.O. HQA	Controllato U.O. HQA	Approvato Direzione U.O. HQA
---------------------	-------------------------	---------------------------------

U.O.GEST.DEL RISCHIO CLIN.,QUALITA',ACCREDIT.E URP HQA	IRCCS AOU San Martino – IST MODULO AZIENDALE	MODAZHQA_0504		
	VERBALE	Rev 5	Data 20/06/2014	Pag 3 di 4

Conclusioni: son stati definiti, per l'Area5 "Processi Assistenziali", i seguenti obiettivi

	Attività	UO coinvolta nell'Attività	Referenti Attività	Tempi di realizzazione
1	Definizione della modalità di comunicazioni critiche da diffondere in Istituto con livelli di sicurezza decrescenti	Gestione Rischio Clinico, Qualità Accreditemento URP	Orengo	Entro novembre 2016
2	Realizzazione di database per dati inerenti le LDD, nel programma TrakCare nell'ottica di un fascicolo elettronico del paziente	SIA	Padrone-Parodi	Entro novembre 2016
3	Progettazione e realizzazione di database regionale per dati inerenti le Lesioni da decubito	Gestione Rischio Clinico, Qualità Accreditemento URP	Orengo	Entro dicembre 2016
4	Report relativo allo "Studio di incidenza Infezioni correlate all'assistenza c/o le principali UU.OO. di Medicina Interna"	Igiene	Icardi - Battistini	Entro ottobre 2016
5	Report relativo alla "Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e delle procedure assistenziali pre, intra e post-operatorie, c/o le UU.OO. di Chirurgia"			
6	Report relativo allo "Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza e dell'uso di antibiotici"			
7	Report relativo all' "Adozione di nuove misure comportamentali e di un nuovo protocollo di decolonizzazione della cute presso il reparto di Anestesia e Terapia Intensiva"			
8	Redazione di Istruzione Operativa relativa all'attività "Antimicrobial stewardship"	Malattie Infettive Farmacia	Viscoli - Grassi	Entro novembre 2016
9	Report relativo all'attività "Antimicrobial stewardship"			
10	Report relativo a "Studio di incidenza infezioni da Candida"	Malattie Infettive	Viscoli	Entro ottobre 2016
11	Redazione Istruzione Operativa relativa a casi emergenza assistenziale per Virus Ebola	Malattie Infettive	Viscoli	Entro dicembre 2016
12	Redazione di Istruzione Operativa aziendale relativa a "Monitoraggio Eventi Sentinella" in recepimento "Protocollo Ministeriale-luglio 2009"	Gruppo di lavoro*	Orengo	Entro dicembre 2016
13	Redazione di progetto relativamente a "Prevenzione del suicidio" in recepimento della Raccom.Ministeriale n.4	Psicologia Clinica e Psicoterapia-Psichiatria	Ferrandes-Amore	Entro dicembre 2016
14	Redazione di Istruzione Operativa aziendale relativa a "Prevenzione morte/disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500gr, non correlata a malattia congenita" in recepimento Raccom.Ministeriale n.16	Neonatologia	Torielli	Entro novembre 2016
15	Redazione di Istruzione Operativa aziendale relativa a "Prevenzione osteonecrosi mascella/mandibola da bifosfonati" in recepimento Raccom.Ministeriale n.10	Odontostomatologia e Chirurgia Max. facciale	Ziola	Entro novembre 2016

Redatto da A. Filanti
Per presa visione Il Direttore Dott. G. Orengo



Redatto U.O. HQA	Controllato U.O. HQA	Approvato Direzione U.O. HQA
---------------------	-------------------------	---------------------------------

U.O.GEST.DEL RISCHIO CLIN.,QUALITA',ACCREDIT.E URP HQA	IRCCS AOU San Martino – IST MODULO AZIENDALE	MODAZHQA_0504		
	VERBALE	Rev 5	Data 20/06/2014	Pag 4 di 4

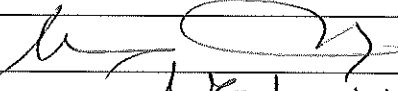
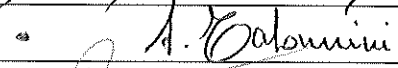
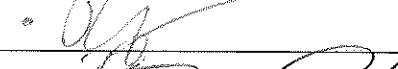

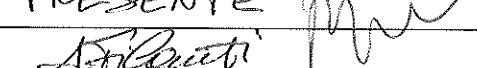
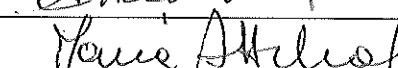
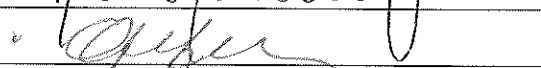
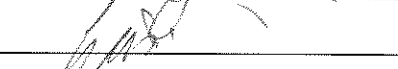
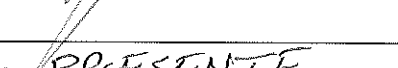
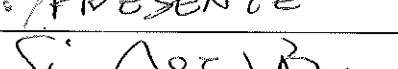
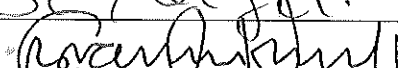



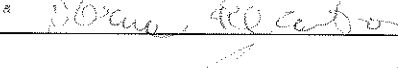
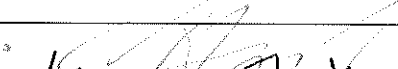
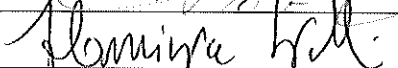
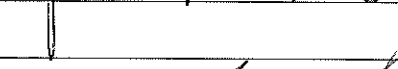

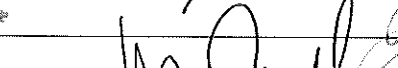
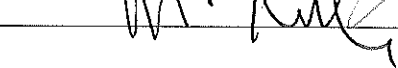
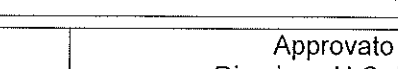
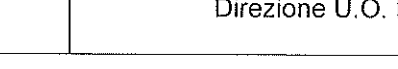
Riunione Area 5-Strumento C.A.R.M.IN.A. del 12/10/2016 h. 12.00

PRESENTI	FIRMA
AMORE MARIO	
BALDINI ROBERTO	presente
BATTISTINI ANGELA delega Talamini Antonella	presente
BERMANO FRANCESCO	presente
CAVALIERE BRUNO	presente
FARINA FRANCESCA	presente
FERRANDES GIOVANNA	presente
FERRAZIN ANTONIO	presente
FILANTI ANTONELLA	presente
FURGANI ANDREA	presente
GRASSI MARIA ATTILIA	presente
GRATAROLA ANGELO	presente
GUSTAVINO CLAUDIO	presente
ICARDI GIANCARLO delega Talamini Antonella	presente
MORANDO ALESSANDRA	presente
MORGANTI SIMONA	presente
ORENGO GIOVANNI	presente
PADRONE DARIO	presente
PALOMBO DOMENICO delega Lucertini Germano	presente
PARODI AURORA delega Cozzani Emanuele	presente
PIERANTONI DERNA	presente
PRONZATO PAOLO	
RIZZA ELISA	presente
RUFFONI SILVANO	presente
SANTO MAURIZIO	presente
STRADA PAOLO	presente
TORIELLI FLAMINIA	presente
VENTURINI PIERLUIGI	
VISCOLI CLAUDIO	presente
ZAPPI LUCIA	presente
ZIOLA MARIO	presente

Redatto U.O. HQA	Controllato U.O. HQA	Approvato Direzione U.O. HQA
---------------------	-------------------------	---------------------------------

U.O.GEST.DEL RISCHIO CLIN.,QUALITA',ACCREDIT.E URP HQA	IRCCS AOU San Martino – IST	MODAZHQA_0504		
	MODULO AZIENDALE VERBALE	Rev 5	Data 20/06/2014	Pag 1 di 2

Riunione del 12/10/2016 h. 12.00

PRESENTI	FIRMA
AMORE MARIO	
BALDINI ROBERTO	
BATTISTINI ANGELA <small>DELEGA DOTT. TALAMINI A.</small>	 • A. Talamini
BERMANO FRANCESCO	 •
CAVALIERE BRUNO	
FERRANDES GIOVANNA	PRESENTE 
FILANTI ANTONELLA	
GRASSI MARIA ATTILIA	
GRATAROLA ANGELO	
GUSTAVINO CLAUDIO	
ICARDI GIANCARLO	
MORANDO ALESSANDRA	• PRESENTE
MORGANTI SIMONA	
ORENGO GIOVANNI	
PADRONE DARIO	
PALOMBO DOMENICO <small>DELEGA PROF. LUERTINIA</small>	
PARODI AURORA <small>DELEGA PROF. COZZANI E.</small>	
PIERANTONI DERNA	
PRONZATO PAOLO	
STRADA PAOLO	
TORIELLI FLAMINIA	
VENTURINI PIERLUIGI	
VISCOLI CLAUDIO	
ZAPPI LUCIA	
ZIOLA MARIO	

Redatto U.O. HQA	Controllato U.O. HQA	Approvato Direzione U.O. HQA
---------------------	-------------------------	---------------------------------

AREA 5. PROCESSI ASSISTENZIALI

Standard 5.1: L'Azienda/Struttura adotta e monitora la procedura per l'uso del doppio controllo dell'identità del paziente (utilizzando sempre due identificativi*).

CRITERI OGGETTIVI	AUTOVALUTAZIONE
L'Azienda/Struttura ha una procedura per gestire il doppio identificativo del paziente nell'assistenza o nel trattamento o nella erogazione di servizi	SI
L'Azienda/Struttura verifica con appropriati indicatori e scadenze definite l'utilizzo della procedura aziendale	SI
L'Azienda/Struttura diffonde i dati riguardo all'applicazione della procedura aziendale nel report di cui allo standard 1.3	SI

* Doppio identificativo (esempi): doppio check del nome su braccialetto e nome su lista operatoria; doppio check del nome su braccialetto ed etichetta emocomponente; doppio check tra nome e data di nascita dichiarati del paziente e riportati nella documentazione clinica, doppio check braccialetto e documentazione.

PERCENTUALE DI UNITÀ OPERATIVE (UO) CHE APPLICANO LA PROCEDURA	
>75% delle UO rispondono allo standard	X
Tra 51 e 75% delle UO rispondono allo standard	
Tra 25 e 50% delle UO rispondono allo standard	
<25% delle UO rispondono allo standard	

Standard 5.2: L'Azienda/Struttura adotta e monitora la procedura di read-back* nel caso vi siano comunicazioni critiche (es. prescrizioni farmacologiche, risultati di esami di laboratorio) che avvengono verbalmente o telefonicamente tra operatori.

CRITERI OGGETTIVI	AUTOVALUTAZIONE
L'Azienda/Struttura ha una procedura aziendale per verificare se l'ordine o la segnalazione inviata dal mittente è stata compresa dal destinatario	No
L'Azienda/Struttura adotta strumenti di controllo per il corretto uso della procedura aziendale con appropriati indicatori e scadenze definite	No
L'Azienda/Struttura diffonde i risultati aziendali conseguiti nel report di cui allo standard 1.3	No

* Read-back: la procedura di read-back (rilettura del messaggio) si applica alle comunicazioni verbali o telefoniche tra operatori. La persona che riceve le informazioni telefoniche o verbali le trascrive sotto dettatura; una volta finito di scrivere, rilegge ad alta voce quanto scritto e attende conferma dell'esattezza da parte dell'altro operatore.

PERCENTUALE DI UNITÀ OPERATIVE (UO) CHE APPLICANO LA PROCEDURA	
>75% delle UO rispondono allo standard	
Tra 51 e 75% delle UO rispondono allo standard	
Tra 25 e 50% delle UO rispondono allo standard	
<25% delle UO rispondono allo standard	X

Standard 5.3: L'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione delle cadute del paziente.

CRITERI OGGETTIVI	AUTOVALUTAZIONE
L'Azienda/Struttura ha una procedura aziendale per la gestione del rischio cadute del paziente (inclusa l'adozione di una scala di valutazione del rischio ed il coinvolgimento del paziente a rischio)	SI
L'Azienda/Struttura verifica il grado di aderenza alla procedura aziendale con appropriati indicatori e scadenze definite	SI
L'Azienda/Struttura monitora periodicamente l'incidenza (preferibilmente) o la prevalenza delle cadute dei pazienti	SI
L'Azienda/Struttura diffonde i risultati aziendali conseguiti nel report di cui allo standard 1.3	SI
PERCENTUALE DI UNITÀ OPERATIVE (UO) CHE APPLICANO LA PROCEDURA	
>75% delle UO rispondono allo standard	X
Tra 51 e 75% delle UO rispondono allo standard	
Tra 25 e 50% delle UO rispondono allo standard	
<25% delle UO rispondono allo standard	

Standard 5.4: L'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione della lesione da decubito.

CRITERI OGGETTIVI	AUTOVALUTAZIONE
L'Azienda/Struttura ha una procedura aziendale, condivisa con tutti gli operatori sanitari coinvolti, per gestire le lesioni da decubito (inclusa l'adozione di una scala di valutazione del rischio)	SI
L'Azienda/Struttura verifica, con appositi strumenti, la corretta applicazione della procedura aziendale nella pratica clinica	SI
L'Azienda/Struttura monitora periodicamente l'incidenza (preferibilmente) o la prevalenza delle lesioni da decubito	SI
L'Azienda/Struttura diffonde i risultati aziendali conseguiti nel report di cui allo standard 1.3	SI
PERCENTUALE DI UNITÀ OPERATIVE (UO) CHE APPLICANO LA PROCEDURA	
>75% delle UO rispondono allo standard	X
Tra 51 e 75% delle UO rispondono allo standard	
Tra 25 e 50% delle UO rispondono allo standard	
<25% delle UO rispondono allo standard	

Standard 5.5: l'Azienda/Struttura adotta e monitora attraverso indicatori (es. consumo di soluzione a base alcolica) procedure per il lavaggio delle mani.

CRITERI OGGETTIVI	AUTOVALUTAZIONE
L'Azienda/Struttura ha una procedura aziendale per il lavaggio delle mani che segue le linee-guida dell'igiene delle mani dell'OMS	SI
L'Azienda/Struttura monitora attraverso indicatori l'aderenza degli operatori alla procedura aziendale	SI
L'Azienda/Struttura diffonde i risultati aziendali conseguiti nel report di cui allo standard 1.3	SI
PERCENTUALE DI UNITA OPERATIVE (UO) CHE APPLICANO LA PROCEDURA	
>75% delle UO rispondono allo standard	X
Tra 51 e 75% delle UO rispondono allo standard	
Tra 25 e 50% delle UO rispondono allo standard	
<25% delle UO rispondono allo standard	

Standard 5.6: l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione delle precauzioni standard/isolamento.

CRITERI OGGETTIVI	AUTOVALUTAZIONE
L'Azienda/Struttura ha una procedura aziendale per l'adozione di isolamento ospedaliero delle malattie infettive	SI
L'Azienda/Struttura ha una procedura aziendale per la segnalazione di microrganismi ALERT (indipendentemente dalla presenza del laboratorio all'interno dell'Azienda/Struttura)	SI
L'Azienda/Struttura adotta sistemi di sorveglianza per verificare l'applicazione della procedura aziendale nella pratica assistenziale	SI
L'Azienda/Struttura diffonde i risultati aziendali conseguiti nel report di cui allo standard 1.3	SI
L'Azienda/Struttura attua la revisione delle procedure con cadenza almeno biennale e le aggiorna in base alle evidenze emerse e ai risultati della loro applicazione	

Standard 5.7: l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.*

CRITERI OGGETTIVI	AUTOVALUTAZIONE
L'Azienda/Struttura ha una procedura aziendale (che include il CIO** e il gruppo operativo) per la prevenzione, la sorveglianza ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza	SI
L'Azienda/Struttura adotta strumenti per verificare la corretta applicazione della procedura aziendale	
L'Azienda/Struttura adotta strumenti per verificare l'appropriatezza di utilizzo dei farmaci antibiotici	SI
L'Azienda/Struttura monitora periodicamente l'incidenza o la prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza con metodologie validate	SI
L'Azienda/Struttura diffonde i risultati aziendali conseguiti nel report di cui allo standard 1.3	

* Infezioni correlate all'assistenza: in base alla tipologia di Azienda/Struttura devono essere considerate almeno: le infezioni del tratto urinario, le sepsi, le polmoniti da ventilazione, le infezioni del sito chirurgico e le gastroenteriti nel paziente anziano.

**CIO: Comitato Controllo Infezioni Ospedaliere.

Standard 5.8: l'Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione del dolore.

CRITERI OGGETTIVI	AUTOVALUTAZIONE
L'Azienda/Struttura ha una procedura aziendale per la gestione del dolore (inclusa l'adozione di una scala di valutazione, la valutazione iniziale e la rivalutazione periodica)	SI
L'Azienda/Struttura verifica periodicamente il livello di applicazione della procedura aziendale nella pratica corrente, con appropriati indicatori e scadenze definite	SI
L'Azienda/Struttura diffonde i risultati aziendali conseguiti nel report di cui allo standard 1.3	SI
PERCENTUALE DI UNITA OPERATIVE (UO) CHE APPLICANO LA PROCEDURA	
>75% delle UO rispondono allo standard	X
Tra 51 e 75% delle UO rispondono allo standard	
Tra 25 e 50% delle UO rispondono allo standard	
<25% delle UO rispondono allo standard	

Standard 5.9: l' Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione delle emergenze sanitarie interne (es. gestione dei carrelli di emergenza, trasporto dei pazienti in emergenza, sistema di attivazione in caso di emergenza, ecc).

CRITERI OGGETTIVI	AUTO VALUTAZIONE
L' Azienda/Struttura ha una procedura aziendale per la gestione dell' emergenza sanitaria interne	SI
L' Azienda/Struttura controlla annualmente l'aderenza alla procedura aziendale (es. conformità dei carrelli di emergenza, simulazioni del sistema di attivazione, ecc.)	SI
L' Azienda/Struttura diffonde i risultati aziendali conseguiti nel report di cui allo standard 1.3	

PERCENTUALE DI UNITA OPERATIVE (UO) CHE APPLICANO LA PROCEDURA	
>75% delle UO rispondono allo standard	X
Tra 51 e 75% delle UO rispondono allo standard	
Tra 25 e 50% delle UO rispondono allo standard	
<25% delle UO rispondono allo standard	

Standard 5.10: l' Azienda/Struttura adotta e monitora procedure per la gestione della sicurezza in sala operatoria secondo gli obiettivi del manuale ministeriale (vedi Appendice B) (NB: solo se nell' Azienda/Struttura è presente l'area chirurgica).

CRITERI OGGETTIVI	AUTO VALUTAZIONE
L' Azienda/Struttura ha una procedura aziendale secondo gli obiettivi del manuale ministeriale per la gestione della sicurezza in sala operatoria	SI
La procedura aziendale soddisfa (scegliere una delle opzioni): ■ tutti gli obiettivi del manuale ministeriale	X
■ più di 8 obiettivi del manuale ministeriale	
■ 4-8 obiettivi del manuale ministeriale	
■ 1-3 obiettivi del manuale ministeriale	
L' Azienda/Struttura effettua il monitoraggio dell'implementazione, anche tramite verifica della documentazione clinica o di sala operatoria (es. consenso informato, checklist operatoria) almeno una volta all'anno	SI
L' Azienda/Struttura diffonde i risultati aziendali conseguiti nel report di cui allo standard 1.3	SI
PERCENTUALE DI UNITA OPERATIVE (UO) CHE APPLICANO LA PROCEDURA	
>75% delle UO rispondono allo standard	X
Tra 51 e 75% delle UO rispondono allo standard	
Tra 25 e 50% delle UO rispondono allo standard	
<25% delle UO rispondono allo standard	

Standard 5.11: l' Azienda/Struttura ha in atto percorsi clinico assistenziali* interni o integrati tra strutture

CRITERI OGGETTIVI	AUTO VALUTAZIONE
L' Azienda/Struttura ha in atto (con tempi, soggetti coinvolti e responsabilità definiti) 1-3 percorsi assistenziali	
L' Azienda/Struttura ha in atto (con tempi, soggetti coinvolti e responsabilità definiti) più di 3 percorsi assistenziali	SI
L' Azienda/Struttura verifica l'aderenza di almeno un percorso formalizzato all'anno attraverso appositi indicatori	SI
L' Azienda/Struttura diffonde i risultati aziendali conseguiti nel report di cui allo standard 1.3	

*Percorso assistenziale: piano multidisciplinare ed interprofessionale relativo ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale e la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito.

Standard 5.12: l'Azienda/Struttura ha formalizzato un percorso nascita (NB: solo se nell'Azienda/Struttura è presente un centro nascita).

CRITERI OGGETTIVI	AGGIUDICAZIONE
L'Azienda/Struttura ha un documento che individua i percorsi della partoriente in funzione del rischio stimato	SI
L'Azienda/Struttura ha un documento che definisce la gestione dei trasferimenti della gravida in fase di travaglio	
L'Azienda/Struttura ha un documento che definisce la gestione dei trasferimenti del neonato	
L'Azienda/Struttura ha un documento che esplicita come affrontare i rischi durante il parto	
L'Azienda/Struttura verifica l'aderenza al percorso almeno una volta l'anno	
L'Azienda/Struttura diffonde i risultati aziendali conseguiti nel report di cui allo standard 1.3	

Standard 5.13: l'Azienda/Struttura declina per la propria realtà le raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti.

CRITERI OGGETTIVI	AGGIUDICAZIONE
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°1 sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	SI
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°2 per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	SI
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	SI
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	No
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°5 per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	SI
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	SI
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	SI
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	SI
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°9 per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi	SI
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°10 per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°11 su morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°12 su prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	SI
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°14 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	SI
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°15 su morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	
L'Azienda/Struttura declina per la propria realtà la raccomandazione n°16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	
L'Azienda/Struttura monitora attraverso indicatori l'adesione alle raccomandazioni ministeriali	SI
L'Azienda/Struttura diffonde i risultati aziendali conseguiti nel report di cui allo standard 1.3	SI
AZIONI DI MIGLIORAMENTO – AREA 5	AUTO VALUTAZIONE
L'Azienda/Struttura, nell'ultimo anno, ha implementato almeno una nuova azione di miglioramento relativa agli standard dell'Area 5. Processi assistenziali	
L'Azienda/Struttura, nell'ultimo anno, ha implementato 2-5 nuove azioni di miglioramento relative agli standard dell'Area 5. Processi assistenziali	SI
L'Azienda/Struttura, nell'ultimo anno, ha implementato più di cinque nuove azioni di miglioramento relative agli standard dell'Area 5. Processi assistenziali	