

SPOKE

Gli Ospedali sono strutture produttive dell'ASP e forniscono prestazioni sanitarie di diagnosi e cura elettive e d'urgenza, in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery e ambulatoriale, oltre che offrire competenze e tecnologie sofisticate e di maggiore complessità, con un approccio polispecialistico e multi professionale.

La rete Ospedaliera dell'ASP di Cosenza è costituita da tre Spoke, che fanno parte della rete di Emergenza – urgenza in quanto DEA di 1^ livello, e tre Ospedali di zona Disagiata, secondo quanto previsto dal DCA 9/2015, in ottemperanza al Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 e dal DCA n° 64/2016. In attuazione di quest'ultimo peraltro è in corso la riapertura dell' Ospedale di zona disagiata di Trebisacce mentre in esecuzione di una sentenza del Consiglio di Stato è in corso di riapertura l'Ospedale di zona disagiata di Praia a Mare. La riorganizzazione della rete ospedaliera risulta particolarmente complessa sia per le relazioni all'interno di ogni ambito territoriale in cui sono collocati gli Spoke (due dei quali sono organizzati in due presidi Ospedalieri), dove rimane precaria ed insufficiente la costruzione di percorsi assistenziali che coinvolgono le strutture territoriali, sia per le relazioni fra gli Spoke, nelle corrispondenti reti, finalizzate ai processi di razionalizzazione, efficienza ed efficacia delle prestazioni, rapporti con la struttura HUB.

Mappatura dei processi e individuazione delle aree di rischio:

l'attività di mappatura e individuazione delle aree di rischio è stata effettuata solo con le strutture che si sono rese disponibili ed è quindi parziale e da implementare, al fine di rappresentare in modo più articolato la complessa area operativa. Sarà necessario quindi continuare l'attività di mappatura anche nel corso dell'anno 2019, fino al coinvolgimento di tutte le strutture. In particolare l'esito dell'attività di mappatura presenta la seguente situazione:

1. Strutture che hanno completato l'attività di mappatura (descrizione dei processi, individuazione ed analisi del rischio, valutazione, individuazione delle misure di trattamento) in modo condiviso fra tutti gli Spoke (o servizi territoriali collegati): Servizi trasfusionali, Laboratorio analisi, Radiologia, Nefrologia, Pediatria (vedi Dipartimento materno infantile). Queste strutture procederanno alla realizzazione delle misure di trattamento, che saranno declinate in obiettivo di budget 2019;
2. Strutture che hanno completato l'attività di mappatura (descrizione dei processi, individuazione ed analisi del rischio, valutazione, individuazione delle misure di trattamento) non in modo condiviso fra gli Spoke: Direzione Medica Castrovillari, Medicina Castrovillari, Oculistica Cetraro. In tal caso, le misure di trattamento del rischio individuate, dove compatibili, saranno estese a tutte le strutture degli Spoke, declinate in obiettivo di budget 2019;
3. Strutture che hanno completato solo la prima parte dell'attività di mappatura (descrizione dei processi, individuazione ed analisi del rischio, valutazione) ma non hanno individuato e proposto le misure di trattamento: Medicina Rossano – Corigliano, Neurologia Rossano – Corigliano, Terapia Intensiva Castrovillari. Tali strutture, tranne la Medicina per la quale vale il punto 2. dovranno completare l'attività di

mappatura, possibilmente con la piena condivisione fra tutte le strutture degli Spoke, entro il mese di marzo 2019, in modo da realizzare le misure individuate nello stesso anno in corso anch'essi assegnati come obiettivi di budget.

L'attività di mappatura è stata prevalentemente realizzata con il solo supporto dell'Ufficio RPCT; solo lo Spoke di Castrovillari è stato supportato anche dal Referente RPCT, con evidenti risultati in termini di presenza delle strutture che hanno effettuato la mappatura.

Catalogo dei processi

DIREZIONE MEDICA

1. COBUS Comitato Buon Uso del Sangue
2. NOCI – Nucleo Operativo di Controllo Interno

RETE OSPEDALIERA AREA MEDICA

Medicina

1. Ricovero ordinario e programmato – Day Hospital in Medicina, Oncologia e Reumatologia

Nefrologia e dialisi

1. Ricovero in Nefrologia
2. Attività ambulatorio di nefrologia e dialisi (vedi processi Rete emodialitica Distretti)
3. Dialisi vacanza (vedi processi Rete emodialitica Distretti)

Neurologia

1. Ricovero in Neurologia

RETE OSPEDALIERA AREA CHIRURGICA

Oculistica

1. Ricovero programmato in Day Hospital – Day Surgery oculistica
2. Attività ambulatoriale chirurgica oculistica
3. Attività ambulatoriale diagnostica/ parachirurgica oculistica

RETE OSPEDALIERA AREA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI

Servizio trasfusionale

1. Produzione, assegnazione e distribuzione di emocomponenti;
2. Visita specialistica e prestazioni trasfusionale ambulatoriale;
3. Diagnostica di Laboratorio per interni ed esterni

Laboratorio analisi

1. Attività diagnostica del Laboratorio analisi

Radiologia

1. Prestazioni di radiologia

RETE OSPEDALIERA AREA EMERGENZA/URGENZA E TERAPIE INTENSIVE

Terapia intensiva

1. Ricovero in rianimazione

DIREZIONE MEDICA

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
COBUS Comitato per il Buon Uso del Sangue	Recepimento normative nazionali e regionali	Direzione Generale	favorire i centri trasfusionali in comportamenti inappropriati o anomali	non adeguarsi alle indicazioni regionali	interno	mancata programmazione	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE= 15 Media aritmetica 15/6= 2,5	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE 11 Media aritmetica 11/6= 1,83	Valore di P x I 2,5x1,83= 4,58 MEDIO
	costituzione commissione	Direzione Generale		membri non idonei o non competenti	interno	discrezionalità' nella scelta			
	formazione / informazione	COBUS		scarsa attività' della commissione	interno /esterno	basso standard etico mancanza di controlli bassa definizione di processi e responsabilità'			
	valutazione pratica trasfusionale/ controlli di sicurezza e verifica valutazione domanda/offerta	COBUS		scarsa attività' della commissione	interno /esterno	basso standard etico mancanza di controlli bassa definizione di processi e responsabilità'			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	
Costituzione del CoBUS Aziendale, secondo le indicazioni dell'Accordo Rep. Atti n. 251 del 21 Dicembre 2017, ai sensi dell'art. n. 4 comma 1 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente "Revisione e aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato Buon Uso del Sangue" ridefinendo il ruolo e stabilendo soglie e % di controlli da effettuare	Riorganizzazione del sistema dei controlli nel rispetto della normativa
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: prevedere una periodica attività di reporting al fine di assicurare un monitoraggio dell'attività ed una evidenza dei risultati del controllo	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Costituzione del COBUS Aziendale, secondo le indicazioni del DCA ridefinendo il ruolo e stabilendo soglie e % di controlli da effettuare				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione CoBUS Aziendale e ridefinizione ruolo e standard di attività	Riorganizzazione del sistema secondo norma	Marzo 2019	Direzione Sanitaria	Atto Deliberativo
Attuazione e reporting attività di controllo	Controlli CoBUS	Novembre 2019	CoBUS	Report

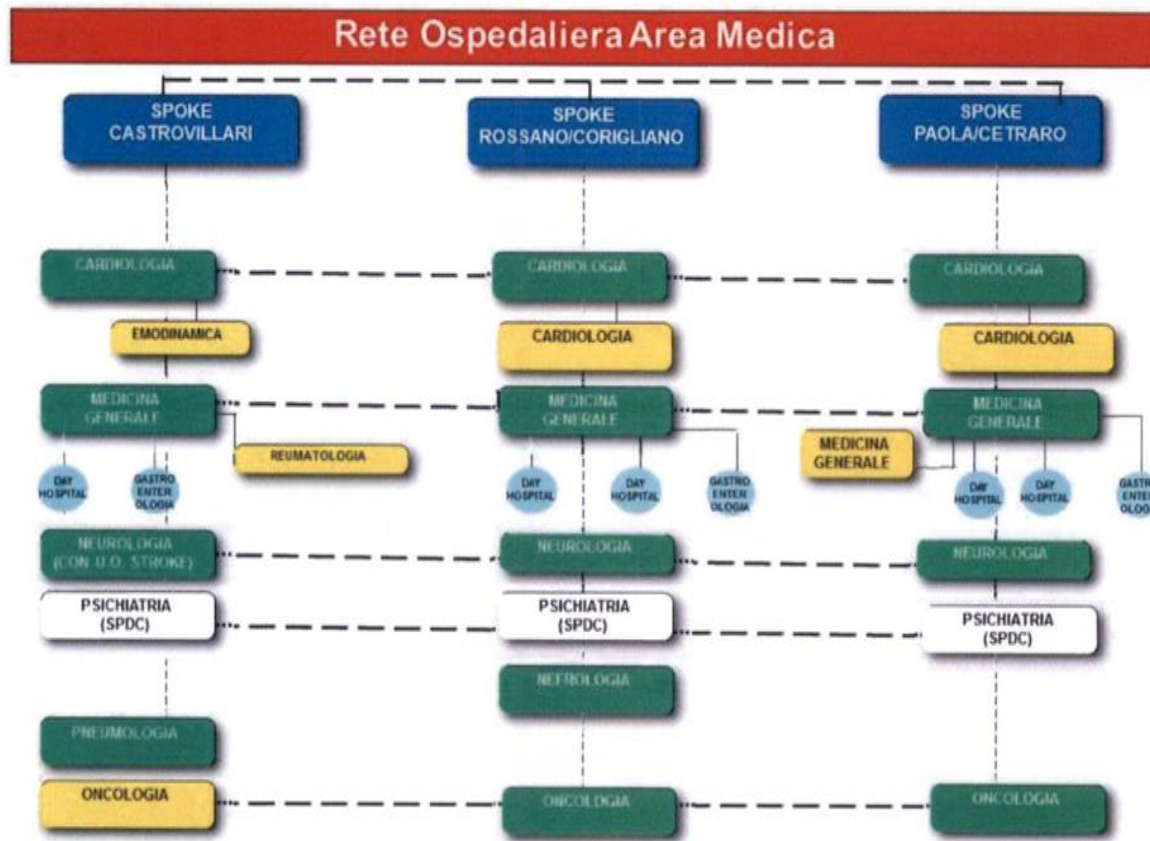
PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
N.O.C.I. Nucleo operativo controllo interno	recepimento obiettivi nazionali e regionali	Direzione Generale	controllo non conforme o non veritiero	identificazione commissioni non competenti	interno	monopolio di potere discrezionalità nella scelta mancanza competenze	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 3 c) Complessità 4 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE= 18 Media aritmetica 18/6= 3	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 2 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE= 12 Media aritmetica 12/6= 2	Valore di $P \times I$ 2 x 3= 6 MEDIO
	costituzione commissione	Direzione Generale		controlli anomali	interno	mancanza di competenze basso standard etico			
	controllo semestrale / report	N.O.C.I.			interno				
	misure controllo e prevenzione	Direzione Generale commissione noci Direzioni Mediche		misure controllo o prevenzione assenti	interno	basso standard etico mancanza di competenze mancanza di programmazione discrezionalità			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazioni
Riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'atto aziendale	Assicurare efficienza e appropriatezza clinica ed organizzativa alle prestazioni di ricovero ospedaliero secondo disposto dell'atto aziendale
Formazione dei Componenti la Struttura di controllo	Incremento delle competenze relative all'attività di controllo
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente:	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'atto aziendale				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'atto aziendale	Adeguamento organizzativo al nuovo atto aziendale	Marzo 2019	Direzione sanitaria aziendale UOC Governo della rete e degli erogatori	Atto formale di riorganizzazione
Programmazione operativa delle attività di controllo che preveda un aumento % dei controlli finalizzati al rispetto della specifica normativa ed alla prevenzione della corruzione	Efficacia ed incisività dei controlli	Aprile 2019	UOC Governo della rete e degli erogatori	Atto di programmazione
Acquisizione dati e verifica dei Report periodici	Rispetto della % dei controlli da effettuare e verifica di congruenza	Semestrale	UOC Governo della rete e degli erogatori	Report

Misura: Organizzazione evento formativo/informativo				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2019	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro maggio 2019	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro novembre 2019	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso



PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario e programmato/ Day Hospital in Medicina – Reumatologia - Oncologia	Individuazione paziente da ricoverare e valutazione clinica e inquadramento diagnostico	Pronto soccorso Accettazione UOC Medicina	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 TOTALE 17 MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 TOTALE 9 MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50	Valore di $P \times I$ 2,83 X 1,50= 4,25 MEDIO
	Accesso alla struttura Formalizzazione ricovero	UOC Medicina		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Medicina							
	Elaborazione Cartella clinica/infermieristica	UOC Medicina							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Medicina							
	Registrazione in Cartella clinica/infermieristica	UOC Medicina							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Medicina e altre strutture assistenziali							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazioni
verifica periodica del rispetto della lista di attesa per le prestazioni in Day Hospital	Il controllo potrebbe dissuadere a comportamenti scorretti
controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital	verifica della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici e non diagnostici e rispetto delle eventuali deroghe
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente:	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica periodica del rispetto della lista di attesa per le prestazioni in Day Hospital				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Prenotazione delle prestazioni in Day Hospital, attraverso il sistema informatico in dotazione	Trasparenza e tracciabilità	Entro aprile 2019	Direzione UOC	Adeguamento sistema
Disposizione interna relativa alla verifica periodica del rispetto dell'ordine cronologico delle registrazioni per l'accesso al Dh	Rispetto liste di attesa dh	Entro aprile 2019	Direzione UOC RPCT	Disposizione interna
Reporting su attività campionaria di controllo periodico per far emergere la % di rispetto dell'ordine cronologico della lista	Verifica del rispetto della disposizione	Novembre 2019	Direzione UOC	Report

Misura: controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Comunicazione interna sulle modalità di controllo campionario periodico sulle modalità di accesso ai ricoveri in Dh	Rispetto della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici	Entro aprile 2019	Direzione UOC RPCT	Comunicazione interna
Reporting su attività campionaria di controllo	Verifica % del rispetto dei criteri di eleggibilità	Novembre 2019	Direzione UOC	Report

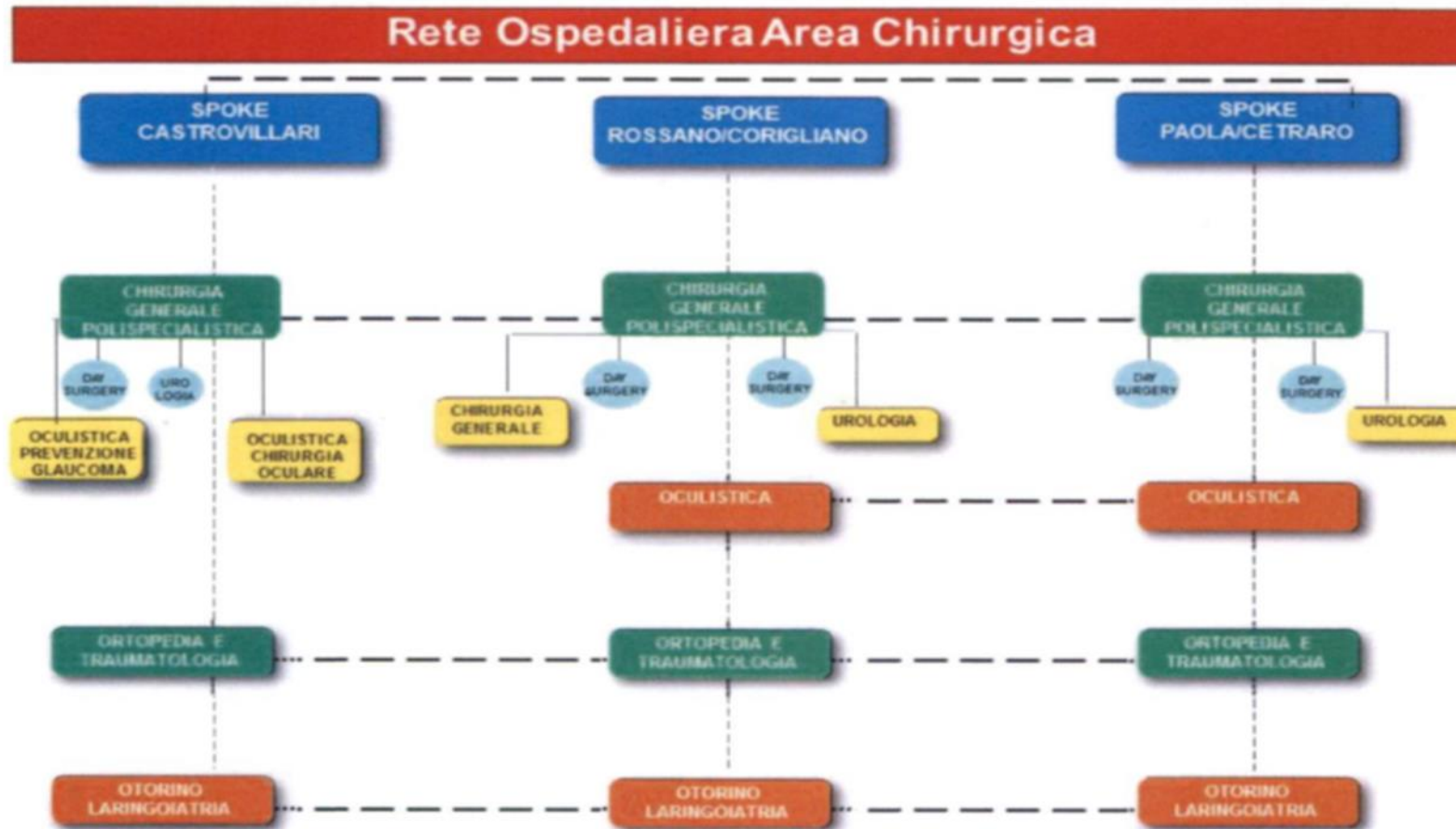
PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA' - COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero Ospedaliero in Nefrologia	Individuazione del paziente da ricoverare, valutazione clinica ed inquadramento diagnostico	PS UOC Nefrologia	Favorire l'accesso del paziente e/o la dimissione protetta	Superamento lista d'attesa	interno	discrezionalità nella scelta	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 TOTALE 11 MEDIA ARITMETICA 11/6 = 1,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 2 TOTALE 10 MEDIA ARITMETICA 9/6 = 1,5	Valore di P x I 1,83 X 1,5 = 2,75 MEDIO BASSO
	Accesso alla struttura – formalizzazione del ricovero	UOC Nefrologia							
	1 - Accettazione clinica con colloquio e visita 2 - Elaborazione di cartella clinica/infermieristica	UOC Nefrologia							
	1 - Trattamento terapeutico in regime di degenza e/o in emodialisi/peritoneale 2 - Registrazione in cartella clinica/infermieristica informatizzata	UOC Nefrologia							
	Dimissione a domicilio o presso altra struttura aziendale nell'ambito della continuità assistenziale	UOC Nefrologia altre strutture assistenziali		Orientare la dimissione protetta	interno	discrezionalità nella scelta			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività NOCI	Utilizzare uno strumento di controllo già presente per le verifiche relative alla lista di attesa ed alle dimissioni
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente:	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività NOCI				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Ridefinizione e regolamentazione del Nucleo di controllo che sostituirà il NOCI	Costituzione struttura	Giugno 2019	Direzione sanitaria RPCT	Delibera di ridefinizione Nucleo di controllo
Attività Nucleo di controllo	Controllo di appropriatezza e di regolarità	Novembre 2019	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario, e programmato/ Day Hospital in Neurologia	Individuazione paziente da ricoverare e valutazione clinica e inquadramento diagnostico	Pronto soccorso Accettazione UOC Neurologia	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 TOTALE 17 MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 TOTALE 9 MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50	Valore di $P \times I$ 2,83 X 1,50= 4,25 MEDIO
	Accesso alla struttura e Formalizzazione ricovero	UOC Neurologia		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Neurologia							
	Elaborazione Cartella clinica/ infermieristica	UOC Neurologia							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Neurologia							
	Registrazione in Cartella clinica/ infermieristica	UOC Neurologia							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Neurologia e altre strutture assistenziali							



PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero programmato Day Hospital/ Day Surgery	Individuazione paziente da trattare, visita valutazione clinica e inquadramento diagnostico	UOSD Oculistica	Gestione programmata dei ricoveri per prestazioni non eseguibili in regime ambulatoriale	Possibile mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Relativa discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 2 TOTALE 21 MEDIA ARITMETICA 21/6= 3.5	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 4 f) Etico, comportamentale 3 TOTALE 18 MEDIA ARITMETICA 18/6= 3	Valore di P x I 3,5x3 = 10,5 MEDIO ALTO
	Inserimento in lista di attesa con codice di priorità	UOSD Oculistica		Valutazione soggettiva ed interpretativa dei criteri clinici relativi ai codici prioritari di ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accesso alla struttura e formalizzazione del ricovero direttamente dalla UOSD	UOSD Oculistica							
	Colloquio con il paziente visita ed eventuali esami ematici o altro elaborazione cartella clinica/infermieristica	UOSD Oculistica							
	Trattamento terapeutico in regime di day surgery o day hospital	UOSD Oculistica							
	Registrazione delle procedure in cartella clinica/infermieristica	UOSD Oculistica							
	Dimissioni domiciliare con allegata terapia e comunicazione x Curante	UOSD Oculistica							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
valutazione di 2^ livello sulla base di parametri/standard di orientamento regionale/nazionale	acquisizione dati e confronto con analoghe realtà regionali/nazionali
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio - basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: la misura risulta sostenibile se applicata in maniera omogenea in tutte le unità operative in cui si applica il day surgery e il day hospital	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: valutazione di 2^ livello sulla base di parametri/standard di orientamento regionale/nazionale				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione Nucleo di valutazione di 2^ livello	Identificazione componenti	Marzo 2019	Direzione Sanitaria RPCT	Insedimento Nucleo
Verifica campionaria	Controllo	Novembre 2019	Nucleo di controllo	Report annuale

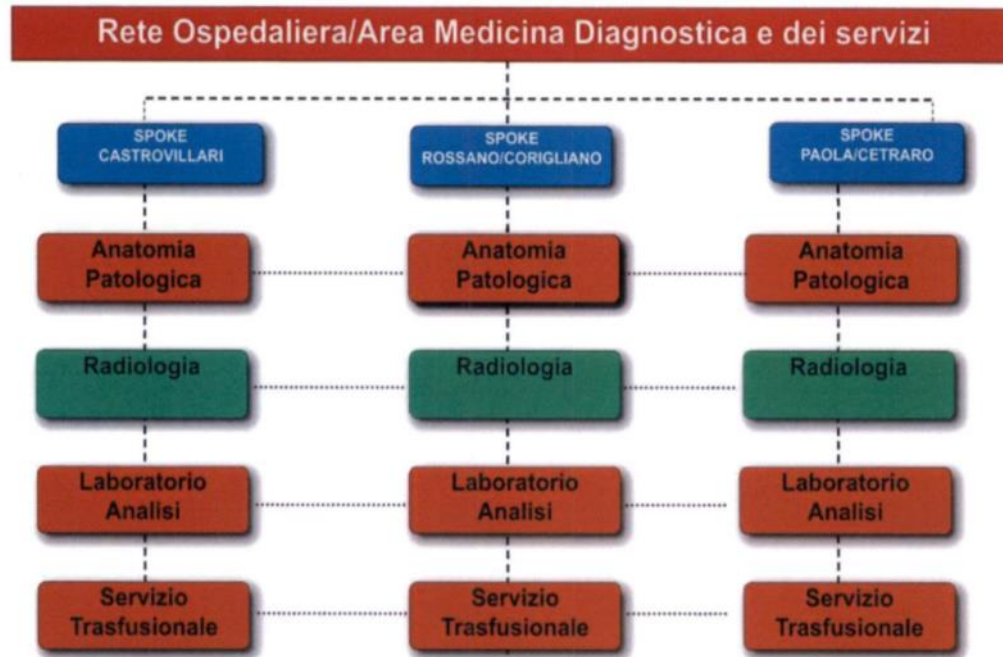
PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività Ambulatoriale Chirurgica	Individuazione paziente da trattare, visita valutazione clinica e inquadramento diagnostico	UOSD Oculistica	Gestione programmata delle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale di tipo chirurgico	Possibile mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Relativa discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 2 TOTALE 17 MEDIA ARITMETICA 17/6= 2,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 4 f) Etico, comportamentale 3 TOTALE 18 MEDIA ARITMETICA 18/6= 3	Valore di P x I 2,83 X 3= 8,48 MEDIO ALTO
	Inserimento in lista di attesa con codice di priorità	UOSD Oculistica		Valutazione soggettiva ed interpretativa dei criteri clinici relativi ai codici prioritari di accesso dei pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accettazione e Anamnesi del paziente visita ed eventuali esami ematici o altro elaborazione cartella clinica/infermieristi ca ambulatoriale consegna impegnativa	UOSD Oculistica							
	Trattamento terapeutico in regime ambulatoriale	UOSD Oculistica							
	Registrazione delle procedure in cartella clinica/infermieristi ca	UOSD Oculistica							
	Invio del paziente al proprio domicilio con allegata terapia e comunicazione x Curante	UOSD Oculistica							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Disposizione interna (condivisa con gli altri Spoke) che indichi i criteri di accesso all'attività chirurgica	Trasparenza ed uniformità nei criteri relativi alle procedure di accesso
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: condivisione della disposizione fra i diversi reparti degli Spoke	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: disposizione interna (condivisa con gli altri Spoke) che indichi i criteri di accesso all'attività chirurgica				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione disposizione interna	Trasparenza ed uniformità nella procedura	Aprile 2019	UOC capofila Spoke Paola Cetraro	Documento

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività ambulatoriale Diagnostica/ parachirurgica	Inserimento in elenco per la prestazione richiesta dall'utente nel 1° ambulatorio utile rispettando i criteri di inclusione (ergente, differibile etc.) Prenotazione	CENTRO UNICO PRENOTAZIONI	Gestione delle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale	Possibile mancato rispetto della priorità nella prenotazione	Esterno (CUP)	Relativa discrezionalità nella scelta Bassa definizione di responsabilità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 2 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 2 TOTALE 15 MEDIA ARITMETICA 15/6= 2,5	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 4 f) Etico, comportamentale 3 TOTALE 18 MEDIA ARITMETICA 18/6= 3	Valore di P x I 2,5 X 3= 7,5 MEDIO ALTO
	Registrazione del paziente e compilazione del consenso informato adeguato alla procedura da effettuare, ritiro impegnativa se vidimata	UOSD Oculistica		Inserimento di prestazioni aggiuntive arbitrarie e non urgenti	Esterno (CUP) Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Elaborazione della eventuale scheda ambulatoriale	UOSD Oculistica							
	Erogazione della prestazione richiesta	UOSD Oculistica							
	Prescrizione della eventuale terapia da effettuare a domicilio	UOSD Oculistica							



PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO			
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO	
Produzione, assegnazione e distribuzione di emocomponenti	Contatto con volontari donatori per la donazione	Servizio trasfusionale e Associazioni di volontariato	Raccolta di maggiore quantitativo di sangue per soddisfare richieste particolari, favorire il singolo donatore nell'acquisizione di benefici ulteriori e operatori economici/non profit (bar, associazioni ...)	Maggior numero di chiamate del donatore non adeguata alle reali esigenze	Esterno/interno	Discrezionalità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 3 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 TOTALE : 15 MEDIA ARITMETICA: 15/6=2,50	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 5 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE : 16 MEDIA ARITMETICA: 16/7= 2,67	Valore di $P \times I$ 2,50 X 2,67= 6,67 MEDIO	
	Visita di controllo donatori	Servizio trasfusionale		Bassa attenzione nella selezione al fine di certificare/attestare situazioni cliniche che favoriscono la struttura ed il singolo donatore (abuso utilizzo esenzione T01)	Interno	Monopolio competenze Discrezionalità				
	Prelievo/raccolta a sangue intero e emc	Servizio trasfusionale								
	Ristoro donatore	Operatori economici esterni		Mancanza di un servizio omogeneo ed uniforme di ristoro, contestuale alla donazione	Esterno/interno	Mancanza di programmazione				
	Stoccaggio	Servizio trasfusionale								
	trasporto centro di lavorazione	AVIS								
	Lavorazione Unità	Centro di lavorazione Cosenza - SIMT								
	Esami di validazione	Centro regionale di qualificazione biologica								
	Validazione e cessione	Azienda Ospedaliera Cosenza								
	Distribuzione interna e a strutture private	Servizio trasfusionale		Privilegiare alcuni pazienti o strutture	Interna/esterna	Discrezionalità				

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Elaborazione procedura aziendale di programmazione concertata con le Associazioni di Volontariato	Rendere uniforme e trasparente la procedura di programmazione a livello aziendale
Elaborazione Report periodico su utilizzo esenzione codice TO1 (attraverso il CUP)	Monitorare l'utilizzo del codice di esenzione per evitare abusi
Completamento informatizzazione del processo, con interfaccia reparti, laboratori e strutture private	Trasparenza tracciabilità del percorso di distribuzione, con richiesta informatizzata, per limitare l'abuso di discrezionalità nella valutazione dell'appropriatezza trasfusionale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: le misure devono essere accompagnate da attività di sensibilizzazione e formazione	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione procedura aziendale di programmazione concertata con le Associazioni di Volontariato				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione Gruppo di lavoro aziendale composto dai Responsabile dei Servizi trasfusionali	Attivazione Gruppo di lavoro	Marzo 2019	RPCT	Verbale di insediamento
Elaborazione proposta di procedura	Proposta di procedura	Maggio 2019	Gruppo di lavoro	Documento
Concertazione procedura con Associazioni di Volontariato	Procedura finale	Giugno 2019	Gruppo di lavoro	Documento
Adozione Atto deliberativo di recepimento Procedura aziendale	Formalizzazione procedura	Settembre 2019	RPCT	Atto Deliberativo

Misura: elaborazione Report periodico su utilizzo esenzione codice TO1 (attraverso il CUP)				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Richiesta semestrale di Report	Monitoraggio e verifica utilizzo codice di esenzione TO1	Giugno/dicembre 2019	RPCT	Report
Trasmissione Report ai Responsabili dei Servizi con richiesta di relazione di congruità ed eventuali misure preventive e correttive	Verifica di appropriatezza e corretto utilizzo del codice TO1	Giugno/dicembre 2019	RPCT	Nota di riscontro

Misura: completamento informatizzazione del processo, con interfaccia reparti, laboratori e strutture private				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione Gruppo di lavoro integrato fra i Responsabili dei Servizi Trasfusionali e tecnici del CED	Attivazione Gruppo di lavoro	Marzo 2019	RPCT	Verbale di insediamento
Elaborazione capitolato/progetto	Elaborazione capitolato/progetto di adeguamento e completamento del processo di informatizzazione	Giugno 2019	Gruppo di lavoro	Capitolato/progetto
Proposta procedura di acquisizione del servizio/fornitura di completamento informatizzazione Servizi	Avvio procedura di acquisizione	Ottobre 2019	CED	Delibera indizione procedura

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Visita specialistica e prestazione ambulatoriale	Richiesta visita specialistica e/o prestazione trasfusionale	CUP Reparti interni	Favorire l'accesso alla visita/prestazione a pazienti predeterminati e attestazioni improprie sullo stato di salute finalizzata ad ottenere benefici economici o accesso ad altre strutture sanitarie				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE: 18 MEDIA ARITMETICA: 18/16= 3	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e)Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE : 11 MEDIA ARITMETICA: 11/16= 1,83	Valore di P x I 3x1,83= 5,50 MEDIO
	Prenotazione	CUP Servizio trasfusionale							
	Accesso alla struttura	Servizio trasfusionale		Accesso alla struttura senza il rispetto della lista di attesa e/o senza prenotazione	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di controllo			
	Registrazione	Servizio trasfusionale							
	Visita specialistica e/o prestazione trasfusionale	Servizio trasfusionale		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta			
	Certificazione	Servizio trasfusionale							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite il CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate	Impedire l'accesso irregolare alla struttura
Nucleo di controllo aziendale di 2^ livello	Verifica campionaria di tipo documentale sulla correttezza delle valutazioni cliniche
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: nel Nucleo di controllo presenza di un sanitario esperto nella materia trasfusionale	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite il CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Effettuazione delle necessarie modifiche al programma informatico	Riduzione degli accessi irregolari	Dicembre 2019	CUP	Adeguamento programma CUP

Misura: Nucleo di controllo aziendale di 2^ livello				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione Nucleo di controllo di 2^ livello	Attivazione Nucleo	Marzo 2019	RPCT	Atto deliberativo di costituzione del Nucleo
Effettuazione controlli	Controlli	Dicembre 2019	Nucleo di controllo	Almeno 20% attività controllate

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Diagnostica di laboratorio per interni ed esterni	Richiesta di analisi di laboratorio	MMG Reparti	Favorire soggetti interni ed esterni nella fruizione delle prestazioni e nella refertazione degli esami				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE : 16 MEDIA ARITMETICA: 16/6=2,67	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE : 10 MEDIA ARITMETICA: 10/6=1,67	Valore di P x I 2,67 X 1,67 = 4,4 MEDIO
	Accettazione richiesta e prelievo	UO Centro Trasfusionale/ Centro Prelievi							
	Esecuzione esame	UO Centro Trasfusionale		Inserimento irregolare di campioni da analizzare	interno	Discrezionalità Bassa informatizzazione			
	Rilascio	UO Centro Trasfusionale							
	Consegna referto	UO Centro Trasfusionale/ Centro Prelievi							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite il CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate	Impedire l'accesso irregolare alla struttura
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: nel Nucleo di controllo presenza di un sanitario esperto nella materia trasfusionale	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite il CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Effettuazione delle necessarie modifiche al programma informatico	Riduzione degli accessi irregolari	Dicembre 2019	CUP	Adeguamento programma CUP

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività diagnostica del Laboratorio analisi	Regolarizzazione presso gli sportelli CUP delle richieste esami per gli utenti esterni, senza previa prenotazione, con accesso per ordine di arrivo	CUP	Favorire soggetti interni ed esterni nella fruizione delle prestazioni e nella refertazione degli esami				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 4 TOTALE = 20 MEDIA ARITMETICA 20/6= 3,33	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE = 11 MEDIA ARITMETICA 11/6= 1,83	Valore di P x I 3,33 x 1,83 = 6,11 MEDIO
	Accesso degli utenti esterni al punto prelievi, con inserimento richieste nel sistema informatico del Laboratorio (LIS), prelievi, etichettatura e di campioni prelevati e loro periodico trasporto al Laboratorio	LABORATORIO ANALISI		Accesso al prelievo con scavalco lista attesa, in particolare per personale dipendente; Inserimento irregolare di campioni da analizzare	Interno/esterno	Mancanza di programmazione Discrezionalità nella scelta			
	Arrivo al Laboratorio dei campioni (urgenti e di routine) prelevati ed etichettati nei reparti di degenza e loro caricamento nel LIS del Laboratorio	LABORATORIO ANALISI							
	Arrivo al Laboratorio dei campioni prelevati nei punti prelievo periferici (alcuni etichettati e altri no) con loro caricamento nel LIS del Laboratorio.	LABORATORIO ANALISI							
	Smistamento campioni biologici nei diversi settori operativi del Laboratorio Analisi	LABORATORIO ANALISI							

	Esecuzione degli esami richiesti nei diversi settori operativi (ematologia, coagulazione, chimica clinica, immunoclinica, proteine e farmaci, urine, allergologia, sierologia, biologia, molecolare) con validazione tecnica e/o medica di settore e invio finale dei dati nel LIS del Laboratorio	LABORATORIO ANALISI							
	<p>Refertazione effettuata con:</p> <p>stampa finale degli esami richiesto una volta completi, per gli utenti esterni;</p> <p>stampa finale o parziale degli esami, giornalmente, appena eseguiti, per i ricoverati;</p> <p>stampa con procedura urgente per le richieste inviate con modalità di urgenza</p>	LABORATORIO ANALISI		Refertazione infedele	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta			
	<p>Ritiro referti:</p> <p>Presso i rispettivi Punti Prelievo per gli utenti esterni</p> <p>Presso il Laboratorio per i ricoverati;</p> <p>Presso il Pronto Soccorso per gli utenti che vi accedono (invio telematico automatico ed immediato dei risultati, non appena validati dal Laboratorio)</p>	LABORATORIO ANALISI							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Disposizione di inserimento sulla richiesta esami del n. di cartella clinica del paziente con timbro e firma del medico richiedente, per gli esami interni nelle more dell'adozione/ implementazione del programma di gestione delle prestazioni interne agli Spoke (già presente a Castrovillari)	La procedura consente di assicurare la piena corrispondenza fra la prestazione richiesta ed il paziente che ne usufruisce
Elaborazione procedura di accesso da parte degli esterni a tutte le prestazioni del laboratorio analisi.	La procedura consente di regolamentare ogni tipologia di accesso favorendo la prevenzione dei rischi
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: condivisione della regolamentazione con servizi che fruiscono delle prestazioni del Laboratorio (ADI, Dipendenze)	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Disposizione di inserimento sulla richiesta esami del n. di cartella clinica del paziente con timbro e firma del medico richiedente, per gli esami interni nelle more dell'adozione/implementazione del programma di gestione delle prestazioni interne agli Spoke (già presente a Castrovillari);				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione disposizione	Uniformare modalità di accettazione richieste esami interni	Entro marzo 2019	Direttore Dipartimento/Rete Servizi - RPCT	Disposizione
Richiesta al SISA di Adozione/ Implementazione programma di gestione delle prestazioni interne agli Spoke sulla base delle esigenze manifestate dai Responsabili dei Laboratori	Avvio della procedura di adozione/implementazione	Entro marzo 2019	Direttore Dipartimento/Rete Servizi - RPCT	Richiesta
Adozione/ Implementazione programma di gestione delle prestazioni interne agli Spoke	Acquisizione degli strumenti di informatizzazione per i processi di richiesta prestazioni interne	Novembre 2019	UOC SISA	Determina di indizione procedura

Misura: Elaborazione procedura di accesso da parte degli esterni a tutte le prestazioni del laboratorio analisi.				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Attivazione Gruppo di lavoro Costituito dai Responsabili dei Laboratori, Responsabile CUP, n. 3 Rappresentanti UO CDI indicati dal Coordinatore dei Distretti, Dipartimento dipendenze, UO Laboratorio Analisi Tossicologia preventiva	Avvio attività	Entro marzo 2019	RPCT	Convocazione
Elaborazione procedura	Regolamentazione accesso	Entro Giugno 2019	Gruppo di lavoro	Documento
Adozione	Formalizzazione della procedura	Entro Settembre 2019	Direttore Dipartimento/Rete Servizi - RPCT	Determina di adozione della procedura

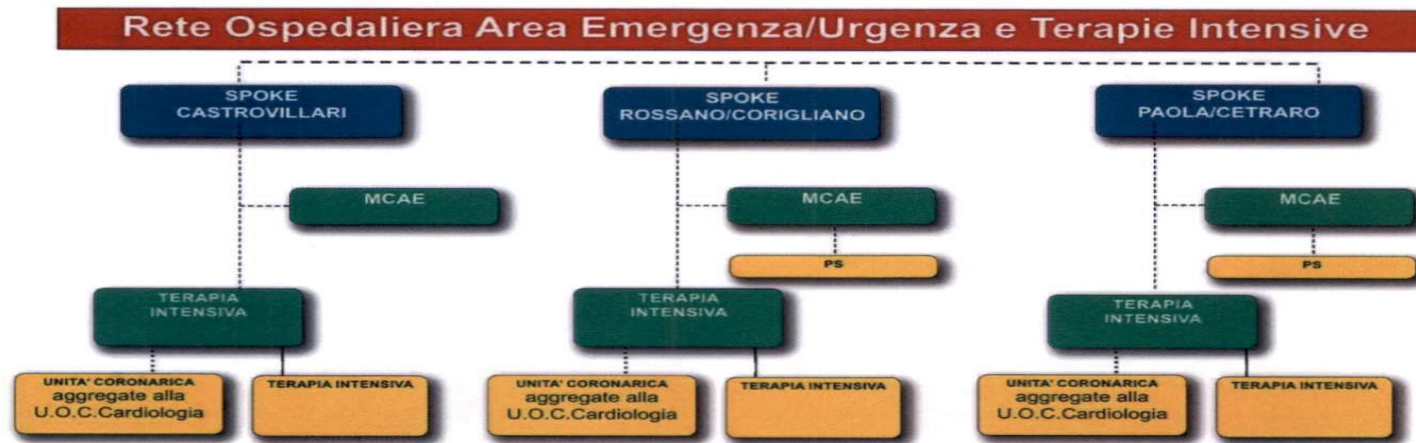
PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Prestazioni di radiologia	Prenotazione di prestazioni sanitarie presso gli ambulatori e per ricoveri programmati presso reparti ospedalieri, DH, DS . Declinando le prestazioni per classi: <ul style="list-style-type: none"> • Urgente • Differibile • Programmabile 	CUP SEGRETERIA UO	superare la lista di attesa senza adeguata motivazione	Non utilizzare il criterio cronologico e la declinazione delle classi di urgenza nella prenotazione , in mancanza di adeguata motivazione clinica	Cup Segreteria UO	Mancanza di trasparenza Discrezionalità nella scelta	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE= 13 MEDIA ARITMETICA 13/6= 2,17	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE = 8 MEDIA ARITMETICA 8/6= 1,33	Valore di P x I 2,17x 1,33= 2,89 MEDIO BASSO
	Predisposizione di worklist completa dei riferimenti degli utenti e degli esami prenotati con orari e preparazioni fornite								
	Rispetto dei tempi previsti e dell'ordine della worklist di prenotazione, fatte salve problematiche di preparazione dei pazienti o di disponibilità contingente delle attrezzature								
	Consegna degli esami effettuati e della documentazione entro i termini stabiliti								

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore	Controllo ex ante dell'improcrastilità e/o dell'opportunità della prestazione
Controllo ex post	Verifica ex post delle procedure utilizzate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio - basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: nell'attività di controllo utilizzare parametri di valutazione di appropriatezza e ottimizzazione delle risorse ed utilizzo delle attrezzature	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Disposizione interna	Uniformare la procedura	Maggio 2019	Direttore UOC RPCT	Documento

Misura: Controllo ex post				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione Nucleo di controllo 2^ livello	Individuazione componenti	Aprile 2019	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	Novembre 2019	Nucleo di controllo	Report



PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero in rianimazione	Richiesta da: Pronto soccorso Altri ospedali UOC interne per (decorso post operatorio, complicanze in degenza)	UOC Interne o pronto soccorso	Favorire determinati pazienti sia in fase di ricovero che di dimissione/inserimento in struttura di lungodegenza				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 3	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1	Valore di $P \times I$ $2,83 \times 1,50 = 4,25$ MEDIO
	Valutazione preliminare delle condizioni cliniche del paziente	UOC		Valutazione orientata ai fini della collocazione del paziente in struttura di rianimazione di altri presidi piuttosto che in quello interno	interno	Discrezionalità della scelta	TOTALE 17 MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83	TOTALE 9 MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50	
	Accesso alla struttura	UOC							
	Registrazione in cartella clinica – infermieristica	UOC							
	Valutazioni cliniche con visita e indagini di laboratorio e strumentali	UOC							
	Trattamento con terapie adeguate alla situazione	UOC							
	Trasferimento in reparti interni, strutture di lungodegenza, strutture private accreditate	UOC, altre UOC e strutture private accreditate		Inserimento di pazienti ad alta complessità assistenziale presso strutture di lungodegenza pubbliche e private accreditate in una situazione di generale difficoltà nella accettazione di questa tipologia di pazienti	interno	Mancanza di programmazione Trasparenza			