|  |
| --- |
| **UO/SOD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

In riferimento al Documento relativo al Riesame dei dati e degli esiti dell’anno \_\_\_\_\_, si definiscono le seguenti azioni di miglioramento:

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITICITÀ RISCONTRATA (indicare il dato attuale), ESIGENZA O OPPORTUNITA’** | ESEMPIO:  Solo il 70% delle documentazione clinica è compilato correttamente ai sensi del modulo CLQ – CHECK LIST revisione della documentazione sanitaria |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obiettivo** | **Indicatore** | **Dato**  **attuale** | **Standard (dato atteso)** | **Scadenza** | **Responsabile** |
| Migliorare la qualità della compilazione della documentazione clinica | % di documentazione sanitaria correttamente compilata | 70% | ≥ 90% | 31/12/202\_ | **Direttore UO** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Azioni previste** | **Responsabile** | **Data**  **di pianificazione** | **Monitoraggio**  **al 30 giugno** |
| Revisione sistematica della documentazione clinica utilizzando il modulo CLQ | Direttore UO / Coordinatore Infermieristico, Tecnico e/o delegati |  |  |
| Individuazione delle maggiori criticità/carenze (STU, diario clinico, esame obiettivo, etc..) e attivazione delle azioni correttive | Direttore UO / Coordinatore Infermieristico, Tecnico e/o delegati |  |  |
| Sensibilizzazione degli operatori | Direttore UO / Coordinatore Infermieristico, Tecnico e/o delegati |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITICITÀ RISCONTRATA (indicare il dato attuale)/ ESIGENZA** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obiettivo** | **Indicatore** | **Dato**  **attuale** | **Standard (dato atteso)** | **Scadenza** | **Responsabile** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Azioni previste** | **Responsabile** | **Data**  **di pianificazione** | **Monitoraggio**  **al 30 giugno** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data**, | **Firma direttore UO/SOD** |
| **Firma IFO di Coordinamento Infermieristico/Tecnico** |