



RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI
- ANNO 2019 -
PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICA e SPTA

In data 30 luglio 2019, come previsto nella Preintesa sulle Risorse Aggiuntive Regionali – anno 2019 – per il personale della Dirigente Medica, della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa della Sanità Pubblica (Approvata dalla Giunta Regionale con delibera n.XI/1982 del 22.7.2019), si è proceduto a condividere con i Rappresentanti Sindacali della Dirigenza i progetti predisposti dall'Azienda.

Le Organizzazioni Sindacali, condivisi tali progetti, concordano di applicare per l'annualità 2019 i seguenti criteri:

- le RAR (Risorse Aggiuntive Regionali) sono attribuite ai dipendenti a tempo indeterminato e determinato in relazione al grado di raggiungimento così come valutato e certificato dal Nucleo di Valutazione;
- le quote RAR saranno corrisposte in rapporto all'effettivo servizio prestato, con esclusione di tutti i periodi di assenza. Non incidono le assenze dovute a ferie, riposi anche compensativi, permessi a qualsiasi titolo retribuiti, infortunio professionale e assenze per malattia fino a 30 giorni)
- al personale con rapporto ad orario ridotto è corrisposta la quota in proporzione alla percentuale del rapporto di lavoro;
- gli obiettivi saranno esplicitati al personale attraverso le riunioni di reparto;
- l'eventuale attestazione negativa sulla conclusione dei progetti certificata da parte del Nucleo di Valutazione aziendale, comporta un saldo pari a zero;
- per quanto concerne l'indennità al personale turnista come previsto dalla Preintesa in questione, sarà erogata con il saldo;
- il riconoscimento effettivo delle quote RAR finanziate dall'azienda sarà garantito, tenuto conto delle regole del sistema regionale, che impongono l'equilibrio di bilancio;
- con il cedolino del mese di novembre c.a. sarà erogata una quota del 40% come previsto dalle più volte citata preintesa regionale e con il cedolino di aprile 2020 verrà corrisposto il saldo.

Le parti, ai sensi delle previsioni della citata DGR dichiarano di condividere i contenuti dei progetti presentati.

Le Organizzazioni Sindacali:






La Delegazione di Parte Pubblica:





Her

RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI

2019

SCHEDA PROGETTO AIPAL_3.C

Titolo progetto	Efficientamento operativo e miglioramento qualitativo area di prevenzione: Vaccinazioni
Unità operativa / Servizio titolare del progetto	AIPAL
Certificatore	Dott. Sandro Poggio
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 3
Descrizione sintetica del progetto	Messa in attività di SIAVR e monitoraggio della qualità e completezza dei dati inseriti al fine della successiva alimentazione dell'anagrafe vaccinale regionale/nazionale.
Obiettivo / risultato atteso	Controllo correttezza inserimenti in sw: confronto con sw precedente e cartaceo.
Operatori coinvolti	Personale dirigenza e comparto sanitario AIPAL
Indicatore di risultato o criterio di valutazione	Modellazione del processo di archiviazione in formato elettronico: 1. Mantenimento tassi previsti dal Piano nazionale e regionale secondo tipologia Peso obiettivo 50%; 2. Mantenimento tassi previsti dal Piano nazionale e regionale secondo tipologia Peso obiettivo 50%;
Tempistica: attività da concludere entro il 15/06/2019	Predisposizione del progetto definitivo, comprese le fasi di riscontro con le OO.SS. ed il Nucleo di Valutazione.
Tempistica: attività da concludere entro il 30/09/2019	Primo step valutativo.
Tempistica: attività da concludere entro il 31/12/2019	Completamento dell'attività prevista (dati relativi al 31/12/2019) - rendicontazione entro 29/02/2020.



18
Har
18
18



RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI

2019

SCHEMA PROGETTO AIPAL_3.D

Titolo progetto	<p>Efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di accertamenti medico-legali per il cittadino disabile.</p> <p>Acquisire in forma elettronica nell'ambito dei sistemi informatici per la gestione degli accertamenti medico-legali collegiali, la documentazione cartacea prodotta nel corso dell'accertamento e selezionata dal medico/commissione, archiviandola in modo fruibile per le future necessarie attività di verifica e controllo.</p>
Unità operativa / Servizio titolare del progetto	Area integrata prevenzione ed attività legali
Certificatore	Dott. Sandro Poggio
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 3
Descrizione sintetica del progetto	Acquisizione in forma elettronica nell'ambito dei sistemi informatici per la gestione degli accertamenti medico-legali collegiali.
Obiettivo / risultato atteso	Archiviazione in formato elettronico della documentazione cartacea in apposita cartella (attraverso scansione del cartaceo in formato pdf).
Operatori coinvolti	Personale dirigenza (RUO) e comparto amministrativo (Ufficio Invalidi) AIPAL
Indicatore di risultato o criterio di valutazione	<p>Modellazione del processo di archiviazione in formato elettronico:</p> <p>1. censimento documentazione necessaria entro il 15/09/2019.</p> <p>Peso obiettivo 50%;</p>



	2. digitalizzazione della documentazione censita pari all' 80%. Peso obiettivo 50%;
Tempistica: attività da concludere entro il 15/06/2019	Predisposizione del progetto definitivo, comprese le fasi di riscontro con le OO.SS. ed il Nucleo di Valutazione.
Tempistica: attività da concludere entro il 30/09/2019	Primo step valutativo.
Tempistica: attività da concludere entro il 31/12/2019	Completamento dell'attività prevista (dati relativi al 31/12/2019) - rendicontazione entro 29/02/2020.



RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2019

SCHEMA PROGETTO AMMINISTRATIVO_6_1_2

Titolo progetto	Implementazione e sviluppo degli strumenti specifici a tutela del rischio corruttivo.
Unità operativa / Servizio titolare del progetto	Trasparenza e anticorruzione
Certificatore	Avv. Gabriele Ceresetti
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 6 – Prevenzione della corruzione e trasparenza.
Descrizione sintetica del progetto	- Aggiornamento e revisione per aree di competenza riferite alla mappatura "dei rischi specifici"; - Implementazione della tenuta del sito web istituzionale "sezione amministrazione trasparente", pubblicazione "dati ulteriori".
Obiettivo / risultato atteso	Riduzione progressiva dei fattori di rischio, in particolare modo del rischio corruttivo, anche mediante coordinamento con l'analisi di altri fattori di rischio nonché attraverso una puntuale applicazione della normativa in materia di trasparenza dell'azione amministrativa.
Operatori coinvolti	Personale dirigenza e comparto afferente gli uffici: Area Gestione Risorse Materiali - Area Gestione Risorse Finanziarie - Area gestione Risorse Umane - Area Gestione delle relazioni e dei Rapporti Istituzionali - Segreterie delle Direzioni Strategiche - Servizio Tecnico Patrimoniale - Servizio Ingegneria Clinica - Ufficio attività ispettive, giuridiche e contrattuali/Avvocatura - Ufficio Formazione - UOC Controllo, sistemi e supporto strategico
Indicatore di risultato o criterio di valutazione	Fatto / non fatto
Tempistica: attività da concludere entro il 15/06/2019	Predisposizione del progetto definitivo, comprese le fasi di riscontro con le OO.SS. ed il Nucleo di Valutazione.
Tempistica: attività da concludere entro il 30/09/2019	Valutare coinvolgimento delle UUOO nella calendarizzazione Primo step valutativo, da realizzare mediante specifici indicatori: calendarizzazione degli



	<p>incontri di aggiornamento sull'analisi dei rischi inerenti all'attività amministrativa di competenza con particolare attenzione al rischio corruttivo e implementazione della pubblicazione relativa a Amministrazione Trasparente - Dati ulteriori - qualità del Servizio dell'azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica misurata attraverso il monitoraggio di indicatori nonché come stabilisce il d.p.c.m. 25.9.2014 , pubblicato in G.U. n. 287 del 11.12.2014 "Determinazione del numero massimo e delle modalità di utilizzo delle autovetture con autista adibite al trasporto delle persone", comunicazione in via telematica al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e pubblicazione sul sito internet istituzionale del numero e dell'elenco delle autovetture di servizio.</p>
<p>Tempistica: attività da concludere entro 31 dicembre 2019</p>	<p>Conclusione dei progetti: realizzazione di n.4 incontri di quelli— calendarizzati e conseguente aggiornamento dell'analisi del rischio relativa alla struttura di competenza.</p>



RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI

2019

SCHEMA PROGETTO DMP_2_5

Titolo progetto	Efficientamento nell'uso delle sale operatorie
Unità operativa/Servizio titolare del progetto	Direzione Medica PO
Certificatore	Silvia Brasa
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 2
Descrizione sintetica del progetto	Efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica, tecnica e amministrativa nonché dei servizi in genere, verso e per l'utenza (attraverso anche le indicazioni e gli strumenti P.R.I.M.O./P.I.M.O.) con particolare riguardo a: partecipazione a progetti di miglioramento finalizzati all'efficientamento nell'uso delle sale operatorie
Obiettivo/risultato atteso	Aumento del numero di interventi in relazione alle disponibilità di ore del personale medico e infermieristico di sala (anestesisti e assistenza)
Operatori coinvolti	Personale sale operatorie; personale dirigenza Chirurgia Esine/Edolo e Urologia, Ortopedia Esine/Edolo, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Ginecologia, Anestesia Esine/Edolo
Indicatore di risultato o criterio di valutazione	Sviluppo indicatori di efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie; monitoraggio efficienza sale mediante report sulla base degli indicatori sviluppati
Tempistica: attività da concludere entro il 15/06/2019	Predisposizione del progetto definitivo, comprese le fasi di riscontro con le OO.SS. ed il Nucleo di Valutazione.

Pag. 1 di 2



Tempistica: attività da concludere entro il 30/09/2019	<ul style="list-style-type: none">• Istituzione Gruppo di miglioramento (verbali incontri);• raccolta dati statistiche sale operatorie da sw e analisi;• definizione degli indicatori
Tempistica: attività da concludere entro il 31/12/2019	Produzione report statistiche sale operatorie - rendicontazione entro 29/02/2020.



RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI

2019

SCHEDA FORMAZIONE_5_1

Titolo progetto	<p>Efficacia del controllo nell'esecuzione dei contratti</p> <p>Nel codice dei contratti pubblici e nella normativa collegata assume sempre maggiore rilevanza l'attività di controllo effettuata durante l'esecuzione dei contratti attraverso cui le amministrazioni verificano che il fornitore adempia agli obblighi contrattuali ed esegua le prestazioni nel rispetto dei parametri economici e qualitativi fissati nel contratto.</p>
Unità operativa / Servizio titolare del progetto	Ufficio Formazione
Certificatore	Elena Fanetti
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 5
Descrizione sintetica del progetto	Realizzazione di un corso di formazione volto all'acquisizione di strumenti tecnici e giuridici in ordine al controllo dell'esecuzione dei contratti ed al ruolo del Direttore Esecuzione del Contratto (DEC) e del Direttore Lavori.
Obiettivo / risultato atteso	Partecipazione di tutto il personale coinvolto (sanitario e non sanitario) al corso di formazione.
Operatori coinvolti	Unità operative indicate nella griglia allegata.
Indicatore di risultato o criterio di valutazione	1. Programmazione del corso e stesura dell'elenco dei partecipanti <u>coinvolgimento soggetti (solo form?)</u>

Pag. 1 di 2



	<p>Peso obiettivo 50%;</p> <p>2. Verifica partecipazione del 100% del personale individuato e coinvolto. Report fornito dall'Ufficio Formazione.</p> <p>Peso obiettivo 50%;</p>
Tempistica: attività da concludere entro il 15/06/2019	Predisposizione del progetto definitivo, comprese le fasi di riscontro con le OO.SS. ed il Nucleo di Valutazione.
Tempistica: attività da concludere entro il 30/09/2019	Primo step valutativo.
Tempistica: attività da concludere entro il 31/12/2019	Completamento dell'attività prevista - rendicontazione entro 29/02/2020.



RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI

2019

SCHEDA IRT PROGETTO 1_1

Titolo progetto	Monitoraggio adesione del percorso di presa in carico
Unità operativa/Servizio titolare del progetto	UOC Integrazione delle Reti Territoriali
Certificatore	Francesca Cremaschini
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 1
Descrizione sintetica del progetto	Attuazione dei modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico.
Obiettivo/risultato atteso	- Evidenza della comunicazione di rinnovo PAI entro 30 giorni dalla data di scadenza; - elaborazione di "Guide al Servizio" dell'IRT inerenti la Fragilità, l'Unità di Valutazione e la presa in carico del paziente cronico
Operatori coinvolti	Personale Dirigenza e Comparto IRT
Indicatore di risultato o criterio di valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • Chiamata al paziente nei 30 giorni successivi la scadenza del PAI (evidenza documentale); • redazione Guida al Servizio Presa in carico del paziente cronico entro il 30/09/2019; • revisione Guida al Servizio IRT entro il 31/12/2019;
Tempistica: attività da concludere entro il 15/06/2019	Predisposizione del progetto definitivo, comprese le fasi di riscontro con le OO.SS. ed il Nucleo di Valutazione.

Pag. 1 di 2



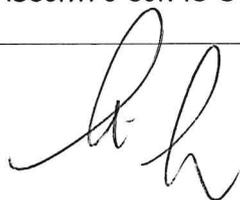
Tempistica: attività da concludere entro il 30/09/2019	Primo step valutativo. Chiamata al paziente nei 30 giorni successivi la scadenza del PAI (evidenza documentale); Redazione Guida al Servizio Presa in carico del paziente cronico entro il 30/09/2019;
Tempistica: attività da concludere entro il 31/12/2019	Completamento dell'attività prevista - rendicontazione entro 29/02/2020 Revisione Guida al Servizio IRT entro il 31/12/2019;

RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI

2019

SCHEDA IRT PROGETTO 1_7

Titolo progetto	Formazione sul campo sul "Modello di gestione integrata della cronicità in Vallecamonica."
Unità operativa/Servizio titolare del progetto	UOC Integrazione delle Reti Territoriali
Certificatore	Francesca Cremaschini
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 1
Descrizione sintetica del progetto	Attuazione di percorsi clinico – assistenziali per presa in carico globale dei pazienti, attraverso la promozione di forme di integrazione organizzativa, con particolare riguardo a: azioni informative/formative rivolte a operatori sanitari/sociosanitari e altri stakeholder per l'adozione di modalità condivise di relazione con il paziente, in particolare modo nell'ambito del percorso di presa in carico del paziente cronico.
Obiettivo/risultato atteso	Effettuazione incontri di formazione entro il 31/12/2019;
Operatori coinvolti	Dipartimento di Medicina Personale della Dirigenza, Personale IRT
Indicatore di risultato o criterio di valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione date degli incontri (vedi Verbali n.....) • Verifica partecipazione del 100% del personale individuato e coinvolto. Report fornito da IRT
Tempistica: attività da concludere entro il 15/06/2019	Predisposizione del progetto definitivo, comprese le fasi di riscontro con le OO.SS. ed il Nucleo di Valutazione.






Pag. 1 di 2





Tempistica: attività da concludere entro il 30/09/2019	Primo step valutativo. Pianificazione date degli incontri (vedi Verbali n.....)
Tempistica: attività da concludere entro il 31/12/2019	Completamento dell'attività prevista - rendicontazione entro 29/02/2020. Verifica partecipazione del 100% del personale individuato e coinvolto. Report fornito da IRT

Handwritten signatures:
Three small signatures on the left and one large signature on the right.



Indicatore di risultato o criterio di valutazione	<p><u>Indicatore misurabile:</u> Revisione/allineamento della P PS 006 in uso rispetto ai contenuti della Raccomandazione Ministeriale n. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso". Effettuazione di verifica della corretta attribuzione del codice triage nei verbali di PS e redazione del M GEN 026 "Verbale di riunione".</p>
Tempistica: attività da concludere entro il 15/06/2019	Predisposizione del progetto definitivo, comprese le fasi di riscontro con le OO.SS. ed il Nucleo di Valutazione.
Tempistica: attività da concludere entro il 30/09/2019	<p><u>Primo step valutativo.</u> – predisposizione della check list (M GEN 013) dedicata – conduzione di verifica della corretta attribuzione del codice triage nei verbali di PS e redazione del M GEN 026 "Verbale di riunione". N. di check list redatte (n. 10 Check list)</p>
Tempistica: attività da concludere entro il 31/12/2019	<p>Completamento dell'attività prevista - rendicontazione entro 29/02/2020. Conclusione del progetto: – Emissione della procedura revisionata/integrata/allineata (P PS 006). – Incontri informativi/formativi sulla procedura revisionata/integrata/allineata e redazione del M GEN 026 "Verbale di riunione". – Conduzione di verifica della corretta attribuzione del codice triage nei verbali di PS e redazione del M GEN 026 "Verbale di riunione" al fine di effettuare un monitoraggio ed una verifica dell'applicazione delle indicazioni della Raccomandazione Ministeriale n. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso". – Redazione del M GEN 026 "Verbale di riunione" con segnalazione delle eventuali criticità rilevate. N. di check list redatte (n. 25 Check list).</p>



RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2019

SCHEDA PROGETTO RISK_4_1

Titolo progetto	Monitoraggio e verifica dell'applicazione delle indicazioni fornite dalla Raccomandazione Ministeriale n. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso" e dalla P PS 006 "Gestione del Triage Infermieristico".
Unità operativa/Servizio titolare del progetto	Risk Management
Certificatore	Avv. D. Venia
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 4 Applicazione/revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici inerenti le condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, individuate dalle 18 Raccomandazioni Ministeriali, in particolare monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni presenti nella Raccomandazione Ministeriale n. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso" e nella P PS 006 "Gestione del Triage Infermieristico".
Descrizione sintetica del progetto	Revisione/allineamento della P PS 006 in uso ai contenuti della Raccomandazione Ministeriale n. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso". Condivisione con gli operatori della P PS 006 revisionata e redazione del M GEN 026 "Verbale di riunione". Effettuazione di verifiche periodiche sulla correttezza delle codifiche di Triage tra accesso e dimissione del paziente dal DEA/Pronto Soccorso.
Obiettivo/risultato atteso	Rendere il percorso del paziente in Pronto Soccorso aderente alla Raccomandazioni Ministeriale n. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso". Gli esiti delle verifiche periodiche sulla correttezza delle codifiche di Triage dei pazienti con bisogni urgenti che accedono al DEA/Pronto Soccorso dimostrano che il processo è applicato correttamente dal personale.
Operatori coinvolti	RUO/Dirigenti medici/Operatori del PS/PSE.



Titolo progetto	Monitoraggio e verifica dell'applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 5 "Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO" e del PT SIMT 001 Protocollo trasfusionale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.
Unità operativa/Servizio titolare del progetto	Risk Management
Certificatore	Avv. D. Venia
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 4 Applicazione/revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici inerenti le condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, individuate dalle 18 Raccomandazioni Ministeriali, in particolare monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni presenti nella Raccomandazione Ministeriale n. 5 "Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO" e nel PT SIMT 001 Protocollo trasfusionale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.
Descrizione sintetica del progetto	Effettuazione di verifica sul campo senza preavviso nelle UU.OO. che richiedono emocomponenti da infondere al paziente.
Obiettivo/risultato atteso	Rendere il percorso del paziente emotrasfuso aderente alla Raccomandazione Ministeriale n. 5 "Raccomandazione per la prevenzione". Migliorare la qualità e la sicurezza a pazienti sottoposti ad emotrasfusione.
Operatori coinvolti	RUO/Dirigenti medici/Operatori UU.OO. che utilizzano emocomponenti.
Indicatore di risultato o criterio di valutazione	<u>Indicatore misurabile:</u> Effettuazione di verifiche sul campo presso le UU.OO. che trasfondono il paziente con check list dedicata e redazione del M GEN 026 "Verbale di riunione".
Tempistica: attività da concludere entro il 15/06/2019	Predisposizione del progetto definitivo, comprese le fasi di riscontro con le OO.SS. ed il Nucleo di Valutazione.
Tempistica: attività da concludere entro il 30/09/2019	<u>Primo step valutativo.</u> - predisposizione della check list (M GEN 013) dedicata - conduzione di sopralluoghi/verifiche sul campo a campione presso le UU.OO. che trasfondono il paziente con redazione di M GEN 026 "Verbale di riunione". N. di check list redatte (n. 5 Check list) <u>specificare se intesa come quantità di verifica.</u> <u>Attestazione puntuale sul grado di partecipazione al progetto</u>
Tempistica:	Completamento dell'attività prevista <u>entro il 31/12/2019-</u>

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Valcamonica

RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2019

SCHEDA PROGETTO RISK_4_1_1

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VALLECAMONICA-SEBINO

Via Nissolina, 2 - 25043 Breno (BS) - tel. 0364.3291 - fax 0364.329310 CF/P.IVA n.02072150986
www.asvallecamonicasebino.it PEC: protocollo@pec.asvallecamonicasebino.it



RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2019

SCHEMA PROGETTO RISK_4_4

Titolo progetto	Applicazione della check list 2.0. presso i Blocchi Operatori
Unità operativa/Servizio titolare del progetto	Risk Management
Certificatore	Avv. D. Venia
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 4 Applicazione/revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici inerenti le condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, individuate dalle 18 Raccomandazioni Ministeriali in particolare all'implementazione della Check list 2.0.
Descrizione sintetica del progetto	Acquisizione delle indicazioni regionali relativamente al nuovo strumento di Risk Assessment per la patient safety (Check list 2.0) e sua iniziale applicazione nei blocchi operatori a cura del GCRC.
Obiettivo/risultato atteso	Migliorare la qualità e la sicurezza dell'erogazione delle prestazioni a pazienti sottoposti a procedure invasive. Rendere il percorso del paziente chirurgico aderente alle Linee guida e Raccomandazioni Ministeriali. Riduzione dei rischi in ambito chirurgico. Futura redazione della check list 2.0 all'interno dei blocchi operatori associata alla compilazione del M BO 063 "Prevenzione ritenzione garze e strumenti all'interno del sito chirurgico" e M BO 064 "Check list per la sicurezza del paziente nel BO".
Operatori coinvolti	RUO/Dirigenti medici/RQ/Operatori UU.OO. aziendali coinvolte (CH/URO, ORL, CHORTE, ORT, OST-GIN, OCU) ed Auditor interni.
Indicatore di risultato o criterio di valutazione	<u>Indicatore misurabile:</u> Applicazione della check list 2.0 (M GEN 007B) in tutte le sale operatorie delle UU.OO. chirurgiche (tot. n. 25 pazienti)
Tempistica: attività da concludere entro il	15/06/2019
Tempistica: attività da concludere entro il	30/09/2019
	Predisposizione del progetto definitivo, comprese le fasi di riscontro con le OO.SS. ed il Nucleo di Valutazione.
	<u>Primo step valutativo.</u> - predisposizione della check list secondo il SGQ aziendale (M GEN 007A CHECK LIST DI SISTEMA Autovalutazione sulla sicurezza del paziente chirurgico da sottoporre a manovre invasive; M GEN 007B CHECK LIST PAZIENTE Autovalutazione sulla sicurezza del paziente chirurgico da



	<p>sottoporre a manovre invasive)</p> <ul style="list-style-type: none"> - conduzione di audit interni/sopralluoghi a campione presso il Blocco operatorio sede di Esine/Edolo (check list 2.0 verbale di audit interno o M GEN 026 verbale di riunione) per la verifica degli item individuati nella check list 2.0 (M GEN 007A CHECK LIST DI SISTEMA Autovalutazione sulla sicurezza del paziente chirurgico da sottoporre a manovre invasive; M GEN 007B CHECK LIST PAZIENTE Autovalutazione sulla sicurezza del paziente chirurgico da sottoporre a manovre invasive <p>N. di check list redatte (n. 3 pazienti per ogni UU.OO. Chirurgica)</p>
<p>Tempistica: attività da concludere entro il 31/12/2019</p>	<p>Completamento dell'attività prevista - rendicontazione entro 29/02/2020.</p> <p>Conclusione del progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Applicazione della Check list 2.0 presso il Blocco Operatorio. Redazione di n. 5 check list 2.0 per ogni UO chirurgica (M GEN 007B CHECK LIST PAZIENTE Autovalutazione sulla sicurezza del paziente chirurgico da sottoporre a manovre invasive) - redazione di check list di sistema: M GEN 007A CHECK LIST DI SISTEMA Autovalutazione sulla sicurezza del paziente chirurgico da sottoporre a manovre invasive (n. 1 check list).



RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2019

SCHEMA PROGETTO RISK_4_1_2

Titolo progetto	Monitoraggio e verifica dell'applicazione delle indicazioni fornite dalla Raccomandazione Ministeriale n. 16 "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500gr non correlata a malattia congenita e dalla documentazione di sistema "PT PED 005 Rianimazione neonatale, PT PED 001 "Gestione del neonato fisiologico e patologico".
Unità operativa/Servizio titolare del progetto	Pediatria
Certificatore	Avv. D. Venia
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 4 Applicazione/revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici inerenti le condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, individuate dalle 18 Raccomandazioni Ministeriali in particolare monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni presenti nella Raccomandazione Ministeriale n. 16 "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500gr non correlata a malattia congenita" e nella documentazione di sistema "PT PED 005 Rianimazione neonatale, PT PED 001 "Gestione del neonato fisiologico e patologico".
Descrizione sintetica del progetto	Revisione/allineamento della documentazione di sistema "PT PED 005 Rianimazione neonatale, PT PED 001 "Gestione del neonato fisiologico e patologico" in uso ai contenuti della Raccomandazione Ministeriale n. 16 "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500gr non correlata a malattia congenita". Condivisione con gli operatori della documentazione di sistema revisionata e redazione del M GEN 026 "Verbale di riunione".
Obiettivo/risultato atteso	Rendere il percorso del neonato aderente alla Raccomandazione Ministeriale n. 16 "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500gr non correlata a malattia congenita" ed alla documentazione di sistema "PT PED 005 Rianimazione neonatale, PT PED 001 "Gestione del neonato fisiologico e patologico". Ottenere l'omogeneizzazione dei modelli comportamentali volti alla riduzione dei rischi connessi all'erogazione di prestazioni sanitarie attraverso l'implementazione dei contenuti della Raccomandazione



	Ministeriale.		
Operatori coinvolti	RUO/Dirigenti medici/Operatori della UO PED.		
Indicatore di risultato o criterio di valutazione	<u>Indicatore misurabile:</u> Revisione/allineamento della documentazione di sistema "PT PED 005 Rianimazione neonatale, PT PED 001 "Gestione del neonato fisiologico e patologico" in uso ai contenuti della Raccomandazione Ministeriale n. 16 "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500gr non correlata a malattia congenita" Condivisione con gli operatori della documentazione di sistema revisionata e redazione del M GEN 026 "Verbale di riunione".		
Tempistica: concludere 15/06/2019	attività entro	da il	Predisposizione del progetto definitivo, comprese le fasi di riscontro con le OO.SS. ed il Nucleo di Valutazione.
Tempistica: concludere 30/09/2019	attività entro	da il	<u>Primo step valutativo.</u> - Revisione/allineamento della documentazione di sistema in uso rispetto ai contenuti della Raccomandazione Ministeriale n. n. 16 "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500gr non correlata a malattia congenita"
Tempistica: attività da concludere entro il 31/12/2019	Completamento dell'attività prevista - rendicontazione entro 29/02/2020. Conclusione del progetto: - Emissione della documentazione di sistema revisionata/integrata/allineata - incontri informativi/formativi sulla documentazione di sistema revisionata/integrata/allineata e redazione del M GEN 026 "Verbale di riunione".		



attività da concludere entro il
31/12/2019

rendicontazione entro 29/02/2020.

Conclusione del progetto:

-conduzione di sopralluoghi/verifiche sul campo presso le UU.OO. che trasfondono il paziente al fine di effettuare un monitoraggio ed una verifica dell'applicazione delle indicazioni della Raccomandazioni Ministeriale n. 5 e del PT SIMT 001 "Protocollo trasfusionale" per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO"

-N. di check list redatte complessivamente (n. 10 Check list)

-M GEN 026 "Verbale di riunione" con segnalazione delle eventuali criticità rilevate.

Attestazione puntuale sul grado di partecipazione individuale al progetto

Handwritten signature or initials.