

RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI - ANNO 2019 – PERSONALE DEL COMPARTO SANITA' PUBBLICA

In data 12 Giugno 2019, come previsto nella Preintesa sulle Risorse Aggiuntive Regionali – anno 2019 – per il personale del Comparto Sanità Pubblica, in via di approvazione con apposita DGR e comunicata da Regione Lombardia con nota Protocollo numero G1.2019.0017127 del 14/05/2019, registrata al prot. ASST in pari data al n. 8850/19, si è proceduto a condividere con i Rappresentanti Sindacali del Comparto (RSU ed Organizzazioni Sindacali di Categoria) i progetti predisposti dall'Azienda.

Visto il Bilancio di Previsione per l'esercizio 2019 ed esaminati i progetti illustrati dal Controllo di Gestione in data odierna, avute le informazioni ed i chiarimenti richiesti, i Rappresentanti Sindacali del Comparto hanno condiviso la proposta avanzata.

Come previsto dalla Preintesa regionale sopra citata entro il mese di ottobre c.a. sarà erogata una quota del 50%.

Le RAR sono attribuite ai dipendenti a tempo indeterminato e determinato secondo i seguenti criteri:

- le quote saranno riconosciute in relazione al grado di raggiungimento così come valutato e certificato dal Nucleo di Valutazione;
- le quote RAR saranno corrisposte in rapporto al grado di partecipazione ed al contributo atteso nonché all'effettivo servizio prestato, con esclusione di tutti i periodi di assenza. Non si considerano assenze: ferie, recuperi ore, infortuni sul lavoro, maternità obbligatoria. Sul complessivo delle assenze si applica una franchigia di 60 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 intranet aziendale e riunioni di reparto;
- la mancata partecipazione al progetto non consente il pagamento delle RAR;
- per quanto concerne l'indennità al personale turnista, la stessa verrà erogata a saldo.

Si evidenzia inoltre che, come citato nella Preintesa sulle Risorse Aggiuntive Regionali – anno 2019, “la Regione si impegna a comunicare alle OOSS le percentuali di raggiungimento degli obiettivi di cui al presente accordo e gli eventuali importi derivanti dalla mancata realizzazione degli stessi, prevedendo a riguardo uno specifico momento di confronto per l'eventuale destinazione”

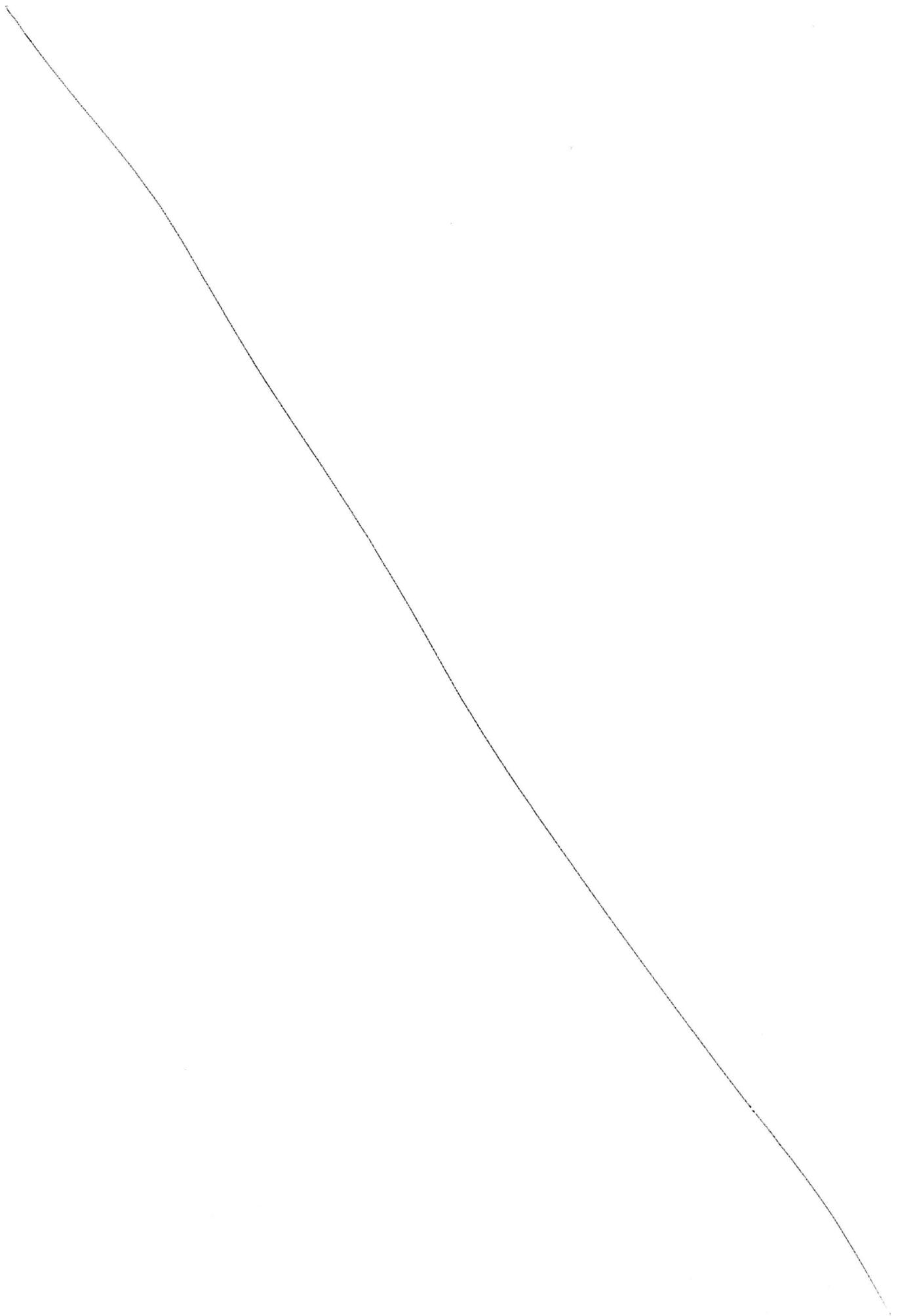
Le parti, ai sensi delle previsioni della citata DGR dichiarano di condividere i contenuti dei progetti presentati.

Le Organizzazioni Sindacali

NURSING UP 
CISL FP 
FP/CGU 
UIL FPL 
RSU UIL 

La Delegazione di parte pubblica





RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2019

SCHEMA PROGETTO AIPAL_3.C

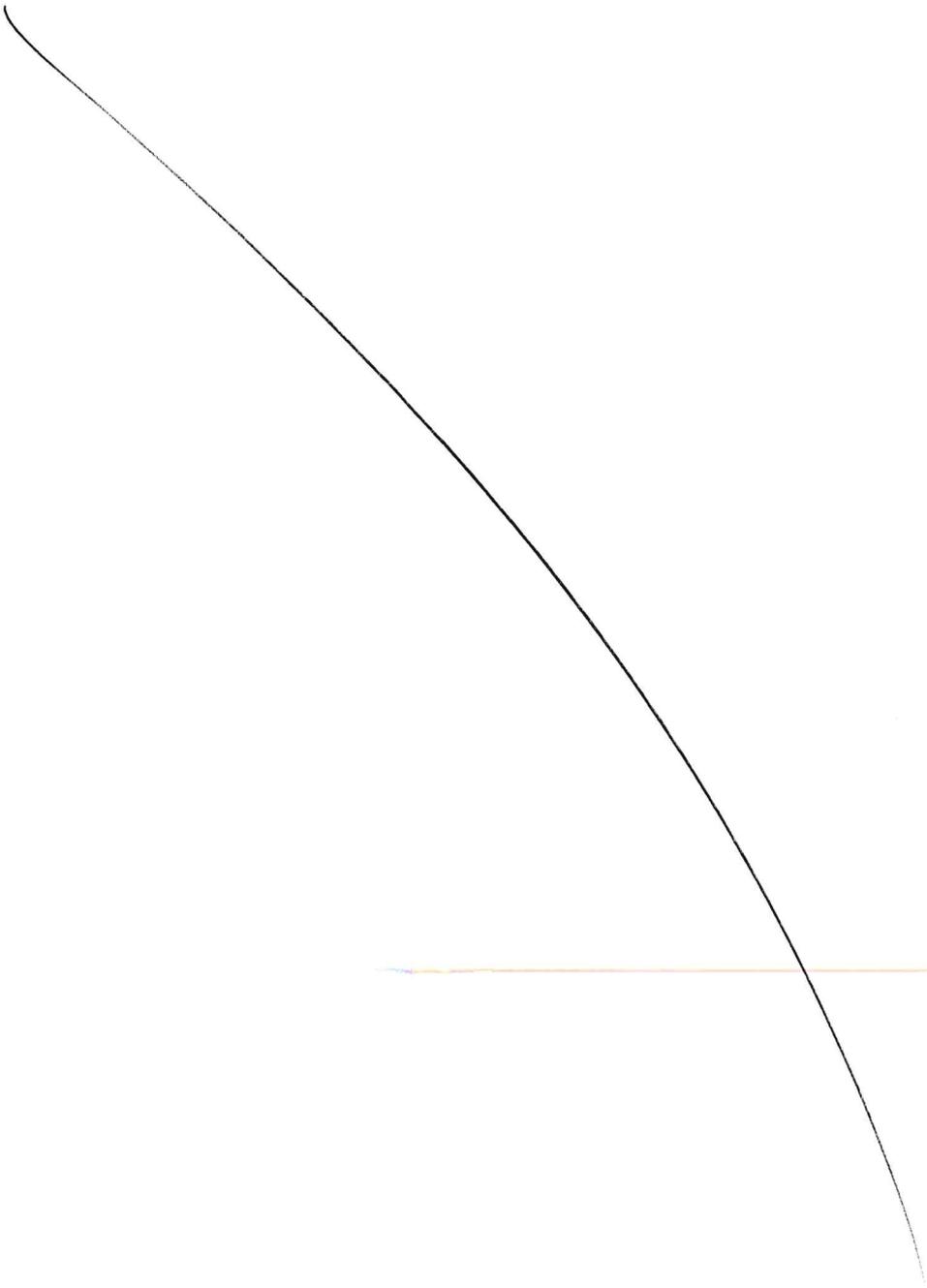
Titolo progetto	Efficientamento operativo e miglioramento qualitativo area di prevenzione: Vaccinazioni
Unità operativa / Servizio titolare del progetto	AIPAL
Certificatore	Dott. Sandro Poggio
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 3
Descrizione sintetica del progetto	Messa in attività di SIAVR e 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.

SK
Stabu
Jan
By

SN

MP

Ce





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> <p>2. digitalizzazione della documentazione censita pari</p>

22

Stabu

200

22

22

Q MD



	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.

per



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	Primo step valutativo, da realizzare mediante specifici indicatori: calendarizzazione degli incontri di aggiornamento sull'analisi dei rischi inerenti all'attività amministrativa di competenza con particolare attenzione al



	<p>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.
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.

[Handwritten signature]



RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2019

SCHEMA 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmazione del corso e stesura dell'elenco dei partecipanti Peso obiettivo 50%; 2. Verifica partecipazione del 100% del personale

JK
M
F
D

MP
Pag. 1 di 2
Q



	individuato e coinvolto. Report fornito dall'Ufficio Formazione. 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 - rendicontazione entro 29/02/2020.

B

Passi Attivi

SR

M

M

G



RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2019

SCHEMA 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.

LR
 Stran
 Scand
 ✓

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Large handwritten signature]

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;

10/9
fars
Atal

W
SR
W





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.



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 notes in blue ink:
 N
 four
 stars
 SK
 MN
 MD

Pag. 2 di 2



RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2019

SCHEMA 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.
Indicatore di risultato o	<u>Indicatore misurabile:</u>

Al *MP*

DR
Giuseppe
DR



<p>MM P A A A</p> <p>critério di valutazione</p>	<p>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>
<p>Tempistica: attività da da concludere entro il 15/06/2019</p>	<p>Predisposizione del progetto definitivo, comprese le fasi di riscontro con le OO.SS. ed il Nucleo di Valutazione.</p>
<p>Tempistica: attività da da concludere entro il 30/09/2019</p>	<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>
<p>M A A A</p> <p>Tempistica: attività da concludere entro il 31/12/2019</p>	<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

SCHEMA PROGETTO RISK_4_1_1

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)









MP
fuo Star

Tempistica:
attività da concludere entro il
31/12/2019

Completamento dell'attività prevista - 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 (n. 10 Check list)
- M GEN 026 "Verbale di riunione" con segnalazione delle eventuali criticità rilevate.

MP

MP

MP

G



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	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 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 SITRA_4_A

Titolo progetto	<p>Corretta identificazione del paziente che ritira i referti mediante nuova procedura informatizzata.</p> <p>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, con particolare riguardo a:</p> <p>Revisione/aggiornamenti delle procedure già in essere entro il 31/12/2019.</p>
Unità operativa / Servizio titolare del progetto	Sitra
Certificatore	Marisa Priuli
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 4
Descrizione sintetica del progetto	Corretta identificazione dei pazienti che ritirano i referti.
Obiettivo / risultato atteso	Percentuale nc o Segnalazioni Pari o Inferiori al 2%
Operatori coinvolti	Personale Centralino/Portineria Ospedale di Esine e di Edolo.
Indicatore di risultato o criterio di valutazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. NC o Segnalazioni pari o inferiori al 2% rispetto al N° totale dei referti distribuiti Peso obiettivo 50%; 2. NC o Segnalazioni pari o inferiori al 2% rispetto al N° totale dei referti distribuiti 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.








Pag. 1 di 2




RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2019

SCHEMA PROGETTO UQ_2_4

Titolo progetto	Efficientamento operativo e miglioramento qualitativo delle aree di attività clinica, tecnica ed amministrativa nonché dei servizi in genere e per l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti del PrIMO/PIMO). Realizzazione di attività di miglioramento della qualità nel rispetto di quanto definito nella DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 "Determinazioni in ordine alla Gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019". Implementazione di un sistema di monitoraggio e verifica dei risultati prodotti.
Unità operativa/Servizio titolare del progetto	Ufficio Qualità
Certificatore	Dr.ssa Bruna Bertoli
Obiettivo RAR	Macro obiettivo regionale n. 2
Descrizione sintetica del progetto	Realizzazione del Piano di miglioramento dell'organizzazione con semplificazione del Sistema di Gestione per la Qualità. Autovalutazione degli STD regionali
Obiettivo/risultato atteso	- Realizzazione ed implementazione del Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione Aziendale (M GEN 048B). - Implementazione del monitoraggio degli STD regionali applicabili (check list di autovalutazione).
Operatori coinvolti	Referente ed Operatori Ufficio Qualità, RQ/Operatori UU.OO. aziendali coinvolte.
Indicatore di risultato o criterio di valutazione	Conclusione del progetto: Implementazione del Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione Aziendale (M GEN 048B). Implementare il monitoraggio degli STD regionali applicabili (check list di autovalutazione).
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>Indicatore misurabile fase intermedia:</u> - Realizzazione del PIMO con semplificazione del SGQ Aziendale (M GEN 046B, M GEN 047B e M GEN 048B); - redazione del riesame della Direzione di Dipartimento/UO/Ufficio (M GEN 006B), e compilazione/aggiornamento dei: - M GEN 046B "Identificazione e monitoraggio dati Dipartimento/UO/SERV/Ufficio" - M GEN 047B "Identificazione e monitoraggio indicatori"

DR
Marta
Fava
D
B



<p><i>Pr</i> <i>Forst</i> <i>Atkin</i> <i>W</i> <i>SR</i> <i>MP</i></p>	<p>Dipartimento/UO/SERV/Ufficio" - M GEN 048B "Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione di dipartimento/UO/SERV/Ufficio". - revisione P GEN 002 "Gestione del Riesame della Direzione" e P GEN 003 "Gestione delle non conformità e delle azioni di miglioramento"; - redazione schede di specifica/supporto: - S GEN 010 "Modalità compilazione M GEN 046B - M GEN 047B Identificazione e Monitoraggio Indicatori e Dati Dipartimento/UO/SERV/Ufficio"; - S GEN 011 "Modalità compilazione M GEN 048 - Piano integrato di miglioramento dell'organizzazione aziendale (PIMO)"; - S GEN 012 "Modalità di valutazione degli item della check list di autovalutazione regionale"; - redazione autovalutazione degli STD regionali (M UQ 005) applicabili alla ASST della Valcamonica, nel rispetto delle indicazioni regionali.</p>
<p>Indicatore di risultato o criterio di valutazione</p>	<p><u>Indicatore misurabile conclusione:</u> - Realizzazione e aggiornamento del: - M GEN 046B "Identificazione e monitoraggio dati Dipartimento/UO/SERV/Ufficio"; - M GEN 047B "Identificazione e monitoraggio indicatori Dipartimento/UO/SERV/Ufficio"; - M GEN 048B "Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione di dipartimento/UO/SERV/Ufficio" e del M GEN 048A "Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione Aziendale" con il monitoraggio dei dati e degli indicatori di UO/PIMO a cura dei RQ di Dipartimento/UO/Ufficio; - conduzione di audit interni a campione (check list audit interno; verbale di audit interno o M GEN 026 verbale di riunione) con verifica del monitoraggio della raccolta dei dati, degli indicatori e della implementazione delle azioni di miglioramento nel PIMO; - aggiornamento del M UQ 005 "Autovalutazione ospedale di Esine / Edolo - Programma regionale di miglioramento della qualità e sicurezza delle strutture accreditate ed a contratto del sistema sanitario lombardo".</p>
<p>Tempistica: attività da concludere entro il 31/12/2019</p>	<p>Conclusione del progetto: - Implementazione del Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione Aziendale (M GEN 048B). - Implementare il monitoraggio degli STD regionali applicabili (check list di autovalutazione).</p>