

Programma Integrato di Miglioramento Organizzativo Aziendale (PrIMO) Anno 2021 (estratto per relazione consuntiva Risk Management)

Dipartimento / Direzione di riferimento	Area obiettivo	Titolo / descrizione obiettivo	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Indicatori / evidenze	Responsabile monitoraggio	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Monitoraggio (data ed evidenze)	
CHIRURGICO ORTOPEDICO	Area obiettivo	Titolo / descrizione obiettivo	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Indicatori / evidenze	Responsabile monitoraggio	Chirurgia Mantova	Chirurgia Senologica	Chirurgia Pieve	Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	Ortopedia Mantova	Ortopedia Destra Secchia	Urologia	Day Surgery polivalente Asola							Monitoraggio (data ed evidenze)
CHIRURGICO ORTOPEDICO	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	Aderenza ai percorsi definiti in coerenza con la normativa inerente la gestione dei covid	Direttori di Struttura e Coordinatori	31/12/2021	Rispetto delle procedure e percorsi definiti	Almeno 90% di aderenza ai percorsi evidenziati dai rapporti di Audit ORGANIZZATIVI COVID o dalle schede di autovalutazione	Risk Manager	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione completata (vedi Rapporti di Audit Organizzativi COVID in Taleteweb Q2015; Report analisi Check list di autovalutazione aderenza percorsi COVID; relazioni 1° e 2° semestre Impatto Covid)
CHIRURGICO ORTOPEDICO	Miglioramento qualità percorsi	006/2021 GdM Endoscopia Digestiva Revisione POL12MQ07 Politica sedazione e NORA	Direttore di Struttura	30/06/2021	Revisione della POL12MQ07 Politica sedazione e NORA	Validazione, pubblicazione e distribuzione	Responsabile Appropriatezza				x											31/12/2021 Azione non completata. Prosegue nel 2022
CHIRURGICO ORTOPEDICO	Reti di Patologia Reti tempo dipendenti Indicatori di esito -PNE Network Regionali	Audit clinici sulle reti di patologia; analisi e audit riferiti al PNE con particolare riguardo agli indicatori di rischio - Partecipazione agli audit e attuazione azioni correlate (piano di Miglioramento)	Direttore di Struttura	31/12/2021	Attuazione delle azioni di miglioramento in relazione all'andamento degli indicatori di rischio	Conclusione di almeno l'80% delle attività del PdM definito	Responsabile Appropriatezza	x	x	x		x	x	x	x							31/12/2021 Azione completata (Vedi Rapporto di Audit e Cap. 10 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELL'APPROPRIATEZZA E DOCUMENTAZIONE SANITARIA")
CHIRURGICO ORTOPEDICO	Risk Management - Gestione atti di Violenza su Operatore	Partecipazione al corso di formazione FAD per favorire la de-escalation del conflitto e tecniche di divincolo e di contenimento	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Partecipazione al corso di formazione FAD	N° partecipazioni / N° convocazioni ≥80%	Mediatrice della comunicazione e dei conflitti (MCC) e Wellcome	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione da completare nel 2022. Corso progettato da erogare nel 2022
CHIRURGICO ORTOPEDICO	BENESSERE ORGANIZZATIVO	Adesione alle indagini di clima e benessere	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Adesione alle indagini di clima e benessere	N° adesioni / N° inviati ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione non attuata. Procrastinata al 2022
CHIRURGICO ORTOPEDICO	MEDICINA DI GENERE	Partecipazione alle attività formative trasversali finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di genere per gli operatori sanitari	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Partecipazione alle attività formative e	N° partecipazioni / N° convocazioni ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione conclusa (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
CHIRURGICO ORTOPEDICO	Risk Management - Certificazione BOLLINI ROSA	Adesione agli Open Week sulla SALUTE DELLA DONNA: organizzazione di giornate gratuite di sensibilizzazione ed erogazione di prestazioni dedicate	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Referente aziendale Bollini Rosa	N° adesioni / N° inviati ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale		x					x								31/12/2021 Azione conclusa (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
CARDIO-TORACO-VASCOLARE	Area obiettivo	Titolo / descrizione obiettivo	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Indicatori / evidenze	Responsabile monitoraggio	Cardio Chirurgia	Cardiologia Mantova	Cardiologia Pieve	Chirurgia Toracica	Chirurgia Vascolare	Pneumologia	Riabilitazione Cardio respiratoria								Monitoraggio (data ed evidenze)
CARDIO-TORACO-VASCOLARE	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	Aderenza dei percorsi definiti in coerenza con la normativa inerente la gestione dei covid	Direttori di Struttura e Coordinatori	31/12/2021	Rispetto delle procedure e percorsi definiti	Almeno 90% di aderenza ai percorsi evidenziati dai rapporti di Audit ORGANIZZATIVI COVID o dalle schede di autovalutazione	Risk Manager	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione completata (vedi Rapporti di Audit Organizzativi COVID in Taleteweb Q2015; Report analisi Check list di autovalutazione aderenza percorsi COVID; relazioni 1° e 2° semestre Impatto Covid)
CARDIO-TORACO-VASCOLARE	Miglioramento qualità percorsi	01/2021 GdM PDTA: Adeguamento dei percorsi STEMI e NSTEMI	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Revisione percorsi STEMI e NSTEMI	Validazione, pubblicazione e distribuzione	Risk Manager		x	x												31/12/2021 Azione completata: emissione Rev. 1 del 15/4/2021 del PDTA 63 Percorso Diagnostico Terapeutico per la Gestione del paziente con Sindrome Coronarica Acuta con/ senza soprastellamento persistente del tratto ST (STEMI SCA - NSTEMI)
CARDIO-TORACO-VASCOLARE	Miglioramento qualità percorsi	02/2021 GdM PDTA 79 Gestione dello Scompenso Cardiaco acuto, cronico, avanzato nella presa in carico	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Revisione PDTA 79 Gestione dello Scompenso Cardiaco acuto, cronico, avanzato nella presa in carico	Validazione, pubblicazione e distribuzione	Risk Manager		x	x												31/12/2021 Emissione della Rev. PDTA 79 Gestione del paziente all'interno della Rete Aziendale Assistenza Ambulatoriale Scompenso Cardiaco. Da completare nel 2022 per la parte ospedaliera in attesa dell'imminente pubblicazione di nuove linee guida
CARDIO-TORACO-VASCOLARE	Informaticizzazione della documentazione sanitaria di ricovero cartella clinica elettronica	ESTENSIONE DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA - 2° Semestre 2021	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Addestramento e Implementazione Cartella Clinica Elettronica	N° personale addestrato / N° totale personale ≥90%	Coordinatore GIDSS Gruppo per l'Informaticizzazione della Documentazione Sanitaria e Sociosanitaria		x	x				x								31/12/2021 Azione completata: personale addestrato; implementazione CCE in Pneumo marzo 2021 in Cardiologia Mantova ottobre 2021; Cardiologia Pieve addestramento e implementazione procrastinati al 2022
CARDIO-TORACO-VASCOLARE	Reti di Patologia Reti tempo dipendenti Indicatori di esito -PNE Network Regionali	Audit clinici sulle reti di patologia; analisi e audit riferiti al PNE con particolare riguardo agli indicatori di rischio - Partecipazione agli audit e attuazione azioni correlate (piano di Miglioramento)	Direttore di Struttura	31/12/2021	Analisi indicatori e definizione azioni di miglioramento in relazione all'andamento degli indicatori di rischio	Conclusione di almeno l'80% delle attività del PdM definito	Responsabile Appropriatezza	x	x	x	x	x	x	x								31/12/2021 Azione completata (Vedi Rapporto di Audit e Cap. 10 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELL'APPROPRIATEZZA E DOCUMENTAZIONE SANITARIA")
CARDIO-TORACO-VASCOLARE	Risk Management - Gestione atti di Violenza su Operatore	Partecipazione al corso di formazione FAD per favorire la de-escalation del conflitto e tecniche di divincolo e di contenimento	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Partecipazione al corso di formazione FAD	N° partecipazioni / N° convocazioni ≥80%	Mediatrice della comunicazione e dei conflitti (MCC) e Wellcome	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione da completare nel 2022. Corso progettato da erogare nel 2022
CARDIO-TORACO-VASCOLARE	BENESSERE ORGANIZZATIVO	Adesione alle indagini di clima e benessere	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Adesio-H41ne alle indagini di clima e benessere	N° adesioni / N° inviati ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione non attuata. Procrastinata al 2022
CARDIO-TORACO-VASCOLARE	MEDICINA DI GENERE	Partecipazione alle attività formative trasversali finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di genere per gli operatori sanitari	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Partecipazione alle attività formative e	N° partecipazioni / N° convocazioni ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione conclusa (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
CARDIO-TORACO-VASCOLARE	Risk Management - Certificazione BOLLINI ROSA	Adesione agli Open Week sulla SALUTE DELLA DONNA: organizzazione di giornate gratuite di sensibilizzazione ed erogazione di prestazioni dedicate	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Referente aziendale Bollini Rosa	N° adesioni / N° inviati ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale		x	x				x								31/12/2021 Azione conclusa (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
EMERGENZA URGENZA	Area obiettivo	Titolo / descrizione obiettivo	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Indicatori / evidenze	Responsabile monitoraggio	Anestesia Asola	Medicina D'Urgenza	Rianimazione Mantova	Rianimazione Pieve	PS Mantova	PS Pieve	PS Asola	Terapia del Dolore e APO							Monitoraggio (data ed evidenze)
EMERGENZA URGENZA	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	Aderenza dei percorsi definiti in coerenza con la normativa inerente la gestione dei covid	Direttori di Struttura e Coordinatori	31/12/2021	Rispetto delle procedure e percorsi definiti	Almeno 90% di aderenza ai percorsi evidenziati dai rapporti di Audit ORGANIZZATIVI COVID o dalle schede di autovalutazione	Risk Manager		x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione completata (vedi Rapporti di Audit Organizzativi COVID in Taleteweb Q2015; Report analisi Check list di autovalutazione aderenza percorsi COVID; relazioni 1° e 2° semestre Impatto Covid)
EMERGENZA URGENZA	Miglioramento qualità percorsi	01/2021 GdM PDTA: Adeguamento dei percorsi STEMI e NSTEMI	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Revisione percorsi STEMI e NSTEMI	Validazione, pubblicazione e distribuzione	Risk Manager		x	x		x	x	x								31/12/2021 Azione completata: emissione Rev. 1 del 15/4/2021 del PDTA 63 Percorso Diagnostico Terapeutico per la Gestione del paziente con Sindrome Coronarica Acuta con/ senza soprastellamento persistente del tratto ST (STEMI SCA - NSTEMI)
EMERGENZA URGENZA	Miglioramento qualità percorsi	GdM 10/2021 Valutazione delle criticità dell'implementazione del nuovo sistema informatico DataProcessi -Verbale di PS-	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Analisi delle criticità e definizione azioni di miglioramento	Conclusione di almeno l'80% delle attività previste dall'action plan del Gruppo di Miglioramento (GdM)	Responsabile Appropriatezza					x	x	x								31/12/2021: GdM concluso (Vedi rapporto di Analisi e relazione finale)
EMERGENZA URGENZA	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	001/2021 AUDIT CLINICO: Analisi della mortalità e della gestione del paziente Covid +	Direttore di Struttura	31/12/2021	Analisi delle cause di mortalità nei pazienti covid + - Verifica dell'aderenza alle Linee guida e della corretta applicazione dei percorsi e dei protocolli	Rapporto di Audit con analisi indicatori e definizione azioni di miglioramento condivise con le UU.OO Coinvolte	Risk Manager			x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione conclusa (vedi Articolo "Epidemia di COVID-19: l'esperienza della struttura socio sanitaria territoriale provinciale di Mantova" pubblicato dalla rivista Epidemiologia e Prevenzione novembre 2021)
EMERGENZA URGENZA	Informaticizzazione della documentazione sanitaria di ricovero cartella clinica elettronica	Implementazione nuovo applicativo di PS Triage Data Processing e Informaticizzazione Cartella APO	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Addestramento e Implementazione Cartella Clinica Elettronica	N° personale addestrato / N° totale personale ≥90%	Coordinatore GIDSS Gruppo per l'Informaticizzazione della Documentazione Sanitaria e Sociosanitaria			x		x	x	x	x							31/12/2021: Azione completata: Implementazione nuovo applicativo a gennaio-febbraio nel 3 PS
EMERGENZA URGENZA	Reti di Patologia Reti tempo dipendenti Indicatori di esito -PNE Network Regionali	Audit clinici sulle reti di patologia; analisi e audit riferiti al PNE con particolare riguardo agli indicatori di rischio - Partecipazione agli audit e attuazione azioni correlate (piano di Miglioramento)	Direttore di Struttura	31/12/2021	Analisi indicatori e definizione azioni di miglioramento in relazione all'andamento degli indicatori di rischio	Conclusione di almeno l'80% delle attività del PdM definito	Responsabile Appropriatezza					x	x	x								31/12/2021 Azione completata (Vedi Rapporto di Audit e Cap. 10 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELL'APPROPRIATEZZA E DOCUMENTAZIONE SANITARIA")
EMERGENZA URGENZA	Risk Management - Gestione atti di Violenza su Operatore	Partecipazione al corso di formazione FAD per favorire la de-escalation del conflitto e tecniche di divincolo e di contenimento	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Partecipazione al corso di formazione FAD	N° partecipazioni / N° convocazioni ≥80%	Mediatrice della comunicazione e dei conflitti (MCC) e Wellcome		x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione da completare nel 2022. Corso progettato da erogare nel 2022
EMERGENZA URGENZA	BENESSERE ORGANIZZATIVO	Adesione alle indagini di clima e benessere	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Adesione alle indagini di clima e benessere	N° adesioni / N° inviati ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione non attuata. Procrastinata al 2022
EMERGENZA URGENZA	MEDICINA DI GENERE	Partecipazione alle attività formative trasversali finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di genere per gli operatori sanitari	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Partecipazione alle attività formative e	N° partecipazioni / N° convocazioni ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione conclusa (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
EMERGENZA URGENZA	Miglioramento qualità percorsi	GdM Endoscopia Digestiva Revisione POL12MQ07 Politica sedazione e NORA	Direttore di Struttura	30/12/2021	Revisione della POL12MQ07 Politica sedazione e NORA	Validazione, pubblicazione e distribuzione	Responsabile Appropriatezza			x	x											31/12/2021 Azione non completata. Prosegue nel 2022
EMERGENZA URGENZA	Miglioramento qualità percorsi	005/2020 GdM: Procedura specifica di Direzione Sanitaria. Protocollo per prelievo organi/ tessuti ai fini di trapianto	Direttore di Struttura	31/12/2021	Revisione della documentazione Coinvolgimento dell'intera équipe di lavoro per favorire la formazione/aggiornamento delle competenze specifiche e la consapevolezza sul processo di lavoro	Conclusione di almeno l'80% delle attività previste dall'action plan del Gruppo di Miglioramento (GdM)	Risk Manager			x												31/12/2021 Da completare nel 2022. Emessa solamente IO02PrSDS08 Istruzioni operative presa in carico del donatore presso la struttura di Anestesia e Rianimazione

Dipartimento / Direzione di riferimento	Area obiettivo	Titolo / descrizione obiettivo	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Indicatori / evidenze	Responsabile monitoraggio	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Monitoraggio (data ed evidenze)	
MEDICO	Risk Management - Certificazione BOLLINI ROSA	Adesione agli Open Week sulla SALUTE DELLA DONNA: organizzazione di giornate gratuite di sensibilizzazione ed erogazione di prestazioni dedicate	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Referente aziendale Bollini Rosa	N° adesioni / N° inviti ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x		x	x	x								31/12/2021 Azione conclusa (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")	
NEUROSCIENZE	Area obiettivo	Titolo / descrizione obiettivo	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Indicatori / evidenze	Responsabile monitoraggio	Maxillo-Facciale	Dermatologia	Neurologia	Oculistica	ORL	Riabilitazione Pieve	Riabilitazione Bozzolo	Medicina Fisica e Riabilitativa Mantova						Monitoraggio (data ed evidenze)	
NEUROSCIENZE	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	Aderenza dei percorsi definiti in coerenza con la normativa inerente la gestione del covid	Direttori di Struttura e Coordinatori	31/12/2021	Rispetto delle procedure e percorsi definiti	Almeno 90% di aderenza ai percorsi evidenziati dai rapporti di Audit ORGANIZZATIVI COVID o dalle schede di autovalutazione	Risk Manager	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione completata (vedi Rapporti di Audit Organizzativi COVID in Taleweb Q2015; Report analisi Check list di autovalutazione aderenza percorsi COVID; relazioni 1° e 2° semestre Impatto Covid)
NEUROSCIENZE	Miglioramento qualità percorsi	008/2021 AUDIT CLINICO PREVENZIONE CADUTE ACCIDENTALI E CONTENZIONI area medica e riabilitativa	Direttore di Struttura	31/12/2021	PREVENZIONE CADUTE ACCIDENTALI E CONTENZIONI area medica e riabilitativa; Revisione documenti di riferimento	Rapporto di Audit, definizione azioni di miglioramento condivise con le UU.OO Coinvolte e validazione documenti revisionati	Risk Manager			x			x		x							31/12/2021 GdM non attivato causa gestione emergenza COVID; da riproporre nel 2022
NEUROSCIENZE	Informatizzazione della documentazione sanitaria di ricovero cartella clinica elettronica	ESTENSIONE DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA - 2° Semestre 2021	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Addestramento e Implementazione Cartella Clinica Elettronica	N° personale addestrato / N° totale personale ≥90%	Coordinatore GIDSS Gruppo per l'Informatizzazione della Documentazione Sanitaria e Socio-sanitaria			x												31/12/2021 Azione completata: personale addestrato; Implementazione CCE da maggio 2021
NEUROSCIENZE	Reti di Patologia Reti tempo dipendenti Indicatori di esito -PNE Network Regionali	Audit clinici sulle reti di patologia; analisi e audit riferiti al PNE con particolare riguardo agli indicatori di rischio - Partecipazione agli audit e attuazione azioni correlate (piano di Miglioramento)	Direttore di Struttura	31/12/2021	Analisi indicatori e definizione azioni di miglioramento in relazione all'andamento degli indicatori di rischio	Conclusione di almeno l'80% delle attività del PmM definito	Responsabile Appropriatezza			x												31/12/2021 Azione completata (Vedi Rapporto di Audit e Cap. 10 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELL'APPROPRIATEZZA E DOCUMENTAZIONE SANITARIA")
NEUROSCIENZE	Risk Management - Gestione atti di Violenza su Operatore	Partecipazione al corso di formazione FAD per favorire la de-escalation del conflitto e tecniche di deviccolo e di contenimento	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Partecipazione al corso di formazione FAD	N° partecipazioni / N° convocazioni ≥80%	Mediatrice della comunicazione e dei conflitti (MCC) e Wellcome	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione da completare nel 2022; Corso progettato da erogare nel 2022
NEUROSCIENZE	BENESSERE ORGANIZZATIVO	Adesione alle indagini di clima e benessere	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Adesione alle indagini di clima e benessere	N° adesioni / N° inviti ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione non attuata. Procrastinata al 2022
NEUROSCIENZE	MEDICINA DI GENERE	Partecipazione alle attività formative trasversali finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di genere per gli operatori sanitari	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Partecipazione alle attività formative e	N° partecipazioni / N° convocazioni ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione conclusa (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
NEUROSCIENZE	Risk Management - Certificazione BOLLINI ROSA	Adesione agli Open Week sulla SALUTE DELLA DONNA: organizzazione di giornate gratuite di sensibilizzazione ed erogazione di prestazioni dedicate	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Referente aziendale Bollini Rosa	N° adesioni / N° inviti ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale		x	x												31/12/2021 Azione conclusa (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
SERVIZI	Area obiettivo	Titolo / descrizione obiettivo	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Indicatori / evidenze	Responsabile monitoraggio	Medicina Nucleare	Radiologia Mantova	Neuro Radiologia	Radiologia Borgo Mantovano	Radioterapia	Anatomia Patologica	Laboratori	SIMT						Monitoraggio (data ed evidenze)	
SERVIZI	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	Aderenza dei percorsi definiti in coerenza con la normativa inerente la gestione del covid	Direttori di Struttura e Coordinatori	31/12/2021	Rispetto delle procedure e percorsi definiti	Almeno 90% di aderenza ai percorsi evidenziati dai rapporti di Audit ORGANIZZATIVI COVID o dalle schede di autovalutazione	Risk Manager	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione completata (vedi Rapporti di Audit Organizzativi COVID in Taleweb Q2015; Report analisi Check list di autovalutazione aderenza percorsi COVID; relazioni 1° e 2° semestre Impatto Covid)
SERVIZI	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	Implementazione di strumenti di gestione proattiva e di prevenzione in merito a: Gestione dei tamponi per lo screening e la diagnosi del COVID-19 rivolti al personale e agli utenti (gestione laboratoristica, modalità di erogazione, formazione degli operatori, analisi dei falsi positivi o negativi, ecc.) FMECA Laboratorio /Stampone (progetto congiunto VEO e Rischio Clinico)	Direttore di Struttura	31/12/2021	Analisi FMECA (proattiva di risk management) che individua criticità ed azioni correttive sull'intero processo, gestione tamponi, FMECA conclusa e Piano d'azione definito	FMECA conclusa e Piano d'azione definito	Risk Manager							x								31/12/2021 Azione conclusa (vedi FMECA compilata e piano d'azione in progetto allegato al Resoconto Piano qualità e Risk management 2021)
SERVIZI	Risk Management	Rischio clinico e radiazione ionizzanti: allineamento a linee guida regionali Ogni UU.OO ha il compito di contestualizzare azioni/strumenti adeguati alla propria organizzazione rispetto le seguenti tematiche: 1. Radiazioni e gravidanza: "contenuti" per la app maternità, sui rischi della donna gravida in caso di impiego di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti" 2. Indicazione operative per l'esecuzione di esami di risonanza magnetica in pazienti portatori di dispositivi medici impiantabili attivi e passivi 3. Indicazione operative per l'utilizzo della diagnostica per immagini con radiazioni ionizzanti in età 4. Questionario di valutazione della percezione del rischio nell'ambito della Radioterapia e della Medicina Nucleare ad indirizzo Radionetabolico	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Allineamento della documentazione alle linee guida regionali	N° documenti validati e distribuiti / N° documenti ≥80%	Risk Manager	x	x	x	x	x										31/12/2021 Azione procrastinata al 2022
SERVIZI	Risk Management - Gestione atti di Violenza su Operatore	Partecipazione al corso di formazione FAD per favorire la de-escalation del conflitto e tecniche di deviccolo e di contenimento	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Partecipazione al corso di formazione FAD	N° partecipazioni / N° convocazioni ≥80%	Mediatrice della comunicazione e dei conflitti (MCC) e Wellcome	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione da completare nel 2022; Corso progettato da erogare nel 2022
SERVIZI	BENESSERE ORGANIZZATIVO	Adesione alle indagini di clima e benessere	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Adesione alle indagini di clima e benessere	N° adesioni / N° inviti ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione non attuata. Procrastinata al 2022
SERVIZI	MEDICINA DI GENERE	Partecipazione alle attività formative trasversali finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di genere per gli operatori sanitari	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Partecipazione alle attività formative e	N° partecipazioni / N° convocazioni ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x	x	x	x	x	x	x							31/12/2021 Azione conclusa (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
DSMD	Area obiettivo	Titolo / descrizione obiettivo	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Indicatori / evidenze	Responsabile monitoraggio	NPI	Mantova 1	Mantova 2	Governo dei processi territoriali di psichiatria	SERD									Monitoraggio (data ed evidenze)	
DSMD	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	Aderenza dei percorsi definiti in coerenza con la normativa inerente la gestione del covid	Direttori di Struttura e Coordinatori	31/12/2021	Rispetto delle procedure e percorsi definiti	Almeno 90% di aderenza ai percorsi evidenziati dai rapporti di Audit ORGANIZZATIVI COVID o dalle schede di autovalutazione	Risk Manager	x	x	x		x										31/12/2021 Azione conclusa (vedi Rapporti di Audit Organizzativi COVID in Taleweb Q2015; Report analisi Check list di autovalutazione aderenza percorsi COVID; relazioni 1° e 2° semestre Impatto Covid)
DSMD	Informatizzazione della documentazione sanitaria di ricovero cartella clinica elettronica	ESTENSIONE DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA - 2° Semestre 2021	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Addestramento e Implementazione Cartella Clinica Elettronica	N° personale addestrato / N° totale personale ≥90%	Coordinatore GIDSS Gruppo per l'Informatizzazione della Documentazione Sanitaria e Socio-sanitaria			x	x											31/12/2021 Azione completata: personale addestrato e implementazione CCE in SPDC novembre 2021; SPDC Castiglione e SPDC Pieve addestramento e implementazione procrastinati al 2022
DSMD	Risk Management - Gestione atti di Violenza su Operatore	Partecipazione al corso di formazione FAD per favorire la de-escalation del conflitto e tecniche di deviccolo e di contenimento	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Partecipazione al corso di formazione FAD	N° partecipazioni / N° convocazioni ≥80%	Mediatrice della comunicazione e dei conflitti (MCC) e Wellcome	x	x	x	x	x										31/12/2021 Azione da completare nel 2022; Corso progettato da erogare nel 2022
DSMD	BENESSERE ORGANIZZATIVO	Adesione alle indagini di clima e benessere	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Adesione alle indagini di clima e benessere	N° adesioni / N° inviti ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x	x	x	x										31/12/2021 Azione non attuata. Procrastinata al 2022
DSMD	MEDICINA DI GENERE	Partecipazione alle attività formative trasversali finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di genere per gli operatori sanitari	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Partecipazione alle attività formative e	N° partecipazioni / N° convocazioni ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x	x	x	x	x										31/12/2021 Azione conclusa (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
DSMD	Risk Management - Certificazione BOLLINI ROSA	Adesione agli Open Week sulla SALUTE DELLA DONNA: organizzazione di giornate gratuite di sensibilizzazione ed erogazione di prestazioni dedicate	Direttore di Struttura e Coordinatore	31/12/2021	Referente aziendale Bollini Rosa	N° adesioni / N° inviti ≥80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale		x	x												31/12/2021 Azione conclusa (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
SISTEMA POLIMODULARE REMS	Area obiettivo	Titolo / descrizione obiettivo	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Indicatori / evidenze	Responsabile monitoraggio	REMS	Comunità SLIEV												Monitoraggio (data ed evidenze)	
SISTEMA POLIMODULARE REMS	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	Aderenza dei percorsi definiti in coerenza con la normativa inerente la gestione del covid	Direttori di Struttura e Coordinatori	31/12/2021	Rispetto delle procedure e percorsi definiti	Almeno 90% di aderenza ai percorsi evidenziati dai rapporti di Audit ORGANIZZATIVI COVID o dalle schede di autovalutazione	Risk Manager	x	x													31/12/2021 Azione completata (vedi Rapporti di Audit Organizzativi COVID in Taleweb Q2015; Report analisi Check list di autovalutazione aderenza percorsi COVID; relazioni 1° e 2° semestre Impatto Covid)
SISTEMA POLIMODULARE REMS	Miglioramento qualità percorsi	07/2020 GdM REMS: definizione procedura per attivazione ed esecuzione di TSO dei pazienti REMS	Direttori di Struttura e Coordinatori	31/12/2021	Studio di fattibilità e documenti propedeutici alla definizione del percorso di attivazione della procedura	Produzione di documento interno ASST, propedeutico alla definizione complessiva della procedura	Risk Manager	x	x													31/12/2021 Azione da completare nel 2022

Table with columns: Dipartimento / Direzione di riferimento, Area obiettivo, Titolo / descrizione obiettivo, Responsabile, Tempi previsti, Risultato atteso, Indicatori / evidenze, Responsabile monitoraggio, and various organizational units (Struttura). Rows include sections like SISTEMI POLIMODULARE REMS, DIREZIONE SANITARIA: DMP e STAFF, and DIREZIONE AMMINISTRATIVA.

Dipartimento / Direzione di riferimento	Area obiettivo	Titolo / descrizione obiettivo	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Indicatori / evidenze	Responsabile monitoraggio	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Monitoraggio (data ed evidenze)
DIREZIONE GENERALE	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	Implementazione di strumenti di gestione proattiva e di prevenzione in merito a: gestione delle vaccinazioni anti COVID -19 (organizzazione delle sedute vaccinali, gestione della catena del freddo, formazione del personale, ecc...)	Direttore di Struttura	31/12/2021	Pianificazione ed attuazione delle strategie vaccinali COVID secondo le indicazioni regionali e nazionali	Documento di Pianificazione delle strategie vaccinali COVID Validato, pubblicato e distribuito Attuazione Audit punti vaccinali (Rapporti di audit) Rendicontazione delle attività vaccinali	Risk Manager	x													31/12/2021 Azione completata (Emissione TABS81007PRIO14 Linee strategiche per la Vaccinazione anti Covid-19" (Rev. 0 del 30/12/2020; Rev. 1 del 22/01/2021; Rev. 2 del 25/03/2021; Rev. 3 del 14/04/2021; Rev. 4 del 10/05/2021; Rev. 5 del 20/06/2021) e documenti correlati)
DIREZIONE GENERALE	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	Implementazione di strumenti di gestione proattiva e di prevenzione in merito a: Gestione delle maxiemergenze e/o delle crisi con integrazione di specifici piani pandemici aziendali	Direttore di Struttura	31/12/2021	Definizione di procedure per la Gestione delle maxiemergenze e/o delle crisi con integrazione di specifici piani pandemici aziendali	Validazione di procedure specifiche integrate con gestione delle crisi e piani pandemici	Risk Manager	x													31/12/2021 Azione completata (revisionata la PROCEDURA PG10M006 REV.2 del 21/11/2021 "MAXIEMERGENZA descrizione eventi e rischi causali" e la POL4M006 REV.7 del 20/11/2021 "GESTIONE EMERGENZA ASST MANTOVA" - la "MAXIEMERGENZA descrizione eventi e rischi causali" e "MISURE ORGANIZZATIVE E GESTIONALI PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS SARS-COV-2 PER "CORONAVIRUS" COVID-19 " aggiornate secondo la normativa vigente -)
DIREZIONE GENERALE	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	Implementazione di strumenti di gestione proattiva e di prevenzione in merito a: Gestione dei cluster epidemici in aree non Covid	Direttore di Struttura	31/12/2021	Applicazione dei percorsi di gestione dei cluster epidemici	Evidenza dell'aderenza ai percorsi in relazione alle segnalazioni effettuate	Risk Manager	x													31/12/2021 Azione completata: n° 5 audit effettuati / n° 5 segnalazioni ; n° 30 azioni attuate / n° 30 azioni pianificate
DIREZIONE GENERALE	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	Implementazione di strumenti di gestione proattiva e di prevenzione in merito a: verifica rispetto procedure e percorsi. (Audit ORGANIZZATIVI COVID)	Direttore di Struttura	31/12/2021	Valutazione dell'applicazione delle procedure protocolli / percorsi e analizzare le criticità in modo attivo e continuo	Rapporti di Audit, definizione azioni di miglioramento condivise con le UU.OO Coinvolte	Risk Manager	x							X						31/12/2021 Azione completata (vedi Rapporti di audit Organizzativi COVID in Taleteweb 02015; Raport analisi Check list di autovalutazione aderenza percorsi COVID)
DIREZIONE GENERALE	Risk Management - Gestione dell'emergenza SARS COV-2 (COVID-19)	001/2021 AUDIT CLINICO: Analisi della mortalità e della gestione del paziente Covid +	Risk Manager	31/12/2021	Analisi delle cause di mortalità nei pazienti covid + ; Verifica dell'aderenza alle Linee guida e della corretta applicazione dei percorsi e dei protocolli	Rapporto di Audit con analisi indicatori e definizione azioni di miglioramento condivise con le UU.OO Coinvolte	Risk Manager	x													31/12/2021 Azione conclusa (vedi Articolo "Epidemia di COVID-19: l'esperienza della struttura socio sanitaria territoriale provinciale di Mantova" pubblicato dalla rivista Epidemiologia e Prevenzione novembre 2021)
DIREZIONE GENERALE	Risk Management - Monitoraggio applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali	008/2021 AUDIT CLINICO PREVENZIONE CADUTE ACCIDENTALI E CONTENZIONI area medica e riabilitativa	Risk Manager	31/12/2021	PREVENZIONE CADUTE ACCIDENTALI E CONTENZIONI area medica e riabilitativa ; Revisione documenti di riferimento	Rapporto di Audit, definizione azioni di miglioramento condivise con le UU.OO Coinvolte e validazione documenti revisionati	Risk Manager	x													31/12/2021 GdM non attivato causa gestione emergenza COVID; da riproporre nel 2022
DIREZIONE GENERALE	Risk Management - Monitoraggio applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali	009/2021 Audit OSTETRICA: Sicurezza clinica ed assistenziale in ambito ostetrico.	Risk Manager	31/12/2021	Prevenzione Rischio clinico in Travaglio/parto Analisi dei triggers matero/fetali, l'analisi dei nuovi dati sulla sorveglianza della mortalità e dei near miss materni e perinatali Migliorare la qualità e gli esiti dell'assistenza valutando l'aderenza ai protocolli definiti	Rapporto di Audit, definizione azioni di miglioramento condivise con le UU.OO Coinvolte e validazione eventuali documenti revisionati	Risk Manager	x													31/12/2021 Azione completata (vedi Rapporto di Audit 009/2021 in Taleteweb e azioni a seguire)
DIREZIONE GENERALE	Risk Management - Flussi, segnalazioni e monitoraggio eventi	Passaggio all'applicativo regionale da DB AON a GEDISS per le richieste di Risarcimento - Polizze	Direttore di Struttura	31/12/2021	Corretto utilizzo del nuovo gestionale GEDISS	N° Richieste di Risarcimento - Polizze -anno 2021 inserite in GEDISS	Risk Manager	x													31/12/2021 Azione completata: la totalità delle Richieste di Risarcimento - Polizze - anno 2021 sono state inserite in GEDISS (Vedi Cap. 4 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021)
DIREZIONE GENERALE	Risk Management - Gestione atti di Violenza su Operatore	Gestione degli atti di violenza con applicazione delle raccomandazioni ministeriali - coordinamento del gruppo aziendale (SubC "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio" della Delibera Regionale XI/1986 del 23/07/2019) e piano d'azione definito: - revisione procedura PG37M008 - preparazione e diffusione di poster per la prevenzione degli atti di violenza in ambito sanitario da mettere nei luoghi di front e attesa - progettazione e erogazione di un corso per la Gestione dell'aggressività rivolto a tutto il personale - gestione degli atti di violenza all'interno dello sportello Well.Co.Me - implementare una modalità di gestione condivisa delle segnalazioni di aggressione/infortuni attraverso un software aziendale da parte del rischio clinico e del SPP; - Progettazione ed implementazione di campagne informative anche con l'aiuto delle associazioni dei pazienti e di volontariato presenti in azienda.	Mediatrice della comunicazione e dei conflitti (MCC) e Wellcome	31/12/2021	Prevenzione e riduzione degli atti di violenza su operatore	Relazione con evidenze di attuazione del Piano di azione definito dal gruppo aziendale	Mediatrice della comunicazione e dei conflitti (MCC) e Wellcome	x													31/12/2021 Azione da completare nel 2022 (Vedi Cap. 4.2 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "Gestione degli atti di violenza")
DIREZIONE GENERALE	BENESSERE ORGANIZZATIVO	Attività della Mediazione dei Conflitti e Benessere organizzativo - Sportello Well.Co.Me, oltre proseguire l'attività di ascolto della comunicazione e dei conflitti, diventa HUB per gestire, coordinare e monitorare percorsi/progettività aziendali che riguardano il benessere organizzativo e il welfare aziendale. Le attività sono: - monitoraggio dei progetti di WHP; - coordinamento dell'attività del Cug e partecipazione al tavolo regionale del CUG della sanità; - organizzazione ed erogazione di formazione/informazione sulla medicina di genere; - partecipazione al tavolo regionale sulla medicina di genere; - partecipazione al tavolo di conciliazione vita-lavoro gestito da ATS Valpadana; - promozione dell'inserimento lavorativo di persone con disabilità; - stesura del regolamento aziendale per il lavoro agile; - proseguire con il progetto FIASO-IEN Wellness Organizzativo a cui IASST ha aderito nell'anno 2020, secondo le indicazioni che pervengono dall'Ente promotore	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	31/12/2021	Gestione attività della Mediazione dei Conflitti e Benessere organizzativo - Gestione Sportello Well.Co.Me	Relazione con evidenze di attuazione azioni definite	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x													31/12/2021 Azione da completare nel 2022 (Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
DIREZIONE GENERALE	MEDICINA DI GENERE	Progettazione e attività formative trasversali finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di genere per gli operatori sanitari	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	31/12/2021	Attuazione attività formative per la promozione e diffusione della cultura della Medicina di genere per gli operatori sanitari	N° corsi attivati	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x													31/12/2021 Azione conclusa: 1 corso con 216 partecipanti di 67 U.O. aziendali (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
DIREZIONE GENERALE	Risk Management - Certificazione BOLLINI ROSA	Adesione agli Open Week sulla SALUTE DELLA DONNA, organizzazione di giornate gratuite di sensibilizzazione ed erogazione di prestazioni dedicate	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	31/12/2021	Referente aziendale Bollini Rosa	N° adesioni / N° inviti >80%	Responsabile Benessere Organizzativo e Welfare aziendale	x													31/12/2021 Azione conclusa: Hanno aderito 27 U.O. aziendali (Vedi Cap. 5 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "GESTIONE ATTIVITÀ PREVISTE NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO")
DIREZIONE GENERALE	Miglioramento qualità percorsi	Definizione di standard assistenziali e indicatori di qualità dell'assistenza (in collaborazione con SITRA e CUA)	Direttore di Struttura	31/12/2021	Miglioramento e monitoraggio qualità dell'assistenza	Standard assistenziali e indicatori di qualità dell'assistenza definiti, collegati ai processi assistenziali e monitorati	Responsabile Approprietezza	x													31/12/2021 Azione non svolta da rivalutare per il 2022
DIREZIONE GENERALE	Sicurezza delle Informazioni	Revisione Organigramma del Comitato della Sicurezza delle Informazioni Definizione procedure negli ambiti previsti dal Framework di Regione Lombardia: - Controllo Accessi Fisici - Gestione delle Utenze e Privilegi - Gestione delle Informazioni e degli Asset - Gestione degli Incidenti di Sicurezza ICT - Gestione Continuità Operativa	Direttore di Struttura	31/12/2021	Definizione procedure	Evidenza di completamento del PdM	Responsabile Sicurezza delle Informazioni	x	x	x											31/12/2021 Azione da completare nel 2022 (Vedi Cap. 7 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELLA SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI")
DIREZIONE GENERALE	Sicurezza delle Informazioni	Realizzazione Piano di Miglioramento per la Sicurezza Informatica a seguito di quanto riscontrato dal controllo di Regione Lombardia nel corso del 2020	Direttore di Struttura	31/12/2021	Conclusioni di almeno l'80% delle attività, del PdM Sicurezza delle Informazioni a seguito di quanto riscontrato dal controllo di Regione Lombardia nel corso del 2020	Evidenza di completamento del PdM	Responsabile Sicurezza delle Informazioni				x										31/12/2021 Azione da completare nel 2022 (Vedi Cap. 7 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELLA SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI")
DIREZIONE GENERALE	PAC: Percorsi Attuativi Certificabilità di Bilancio	PAC: Percorsi Attuativi Certificabilità di Bilancio - Partecipazione agli audit e attuazione azioni correlate (piano di Miglioramento)	Direttore di Struttura	31/12/2021	Revisione delle procedure a seguito di audit e completamento del PdM previsto da audit PAC	Conclusioni di almeno l'80% delle attività, del PdM previsto da audit PAC	Risk Manager	x	x	x	x	x									31/12/2021 Azione Conclusa: PdM 2020/2021 completato almeno 80% (vedi Vedi Cap. 8 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELLA CERTIFICAZIONE DEL BILANCIO (PAC)")
DIREZIONE GENERALE	PAC: Percorsi Attuativi Certificabilità di Bilancio	PAC: Percorsi Attuativi Certificabilità di Bilancio - Conclusione piano di audit PAC 2020 rispetto: AREA IMMOBILIZZAZIONI (n°8 audit); AREA PATRIMONIO NETTO (n°5 audit) - AREA RIMANENZE (n°5 audit) - Definizione e attuazione piano di audit PAC 2021 (21 audit totali) rispetto: AREA DISPONIBILITÀ LIQUIDE (n°4 audit); AREA CREDITI E RICAVI (n°8 audit); AREA DEBITI E COSTI (n°9 audit) - Definizione e monitoraggio Piano delle azioni di miglioramento a seguito alle raccomandazioni e alla non conformità rilevate in sede di audit (PdM PAC 2020/2021) - Gestione documentale in Taleteweb, inclusa distribuzione al personale interessato, delle procedure revisionate Revisione procedure (n°18 procedure)	Direttore di Struttura	31/12/2021	Completamento Piano audit PAC 2020 e 2021 Definizione e Monitoraggio PdM PAC	Attuazione di almeno l'80% del Piano di Audit (rapporti di audit registrati in Q2015) ed evidenza del monitoraggio del PdM PAC 2020/2021	Risk Manager	x													31/12/2021 Azione Conclusa: vedi Piano Audit Procedura PAC n. 4/2021 (audit attuati 20/21); PdM 2020/2021 completato almeno 80% (vedi Vedi Cap. 8 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELLA CERTIFICAZIONE DEL BILANCIO (PAC)")

Dipartimento / Direzione di riferimento	Area obiettivo	Titolo / descrizione obiettivo	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Indicatori / evidenze	Responsabile monitoraggio	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	Monitoraggio (data ed evidenze)
DIREZIONE GENERALE	Reti di Patologia Reti tempo dipendenti Indicatori di esito -PNE Network Regionali	Audit clinici sulle reti di patologia; analisi e audit riferiti al PNE con particolare riguardo agli indicatori di rischio RETI DI PATOLOGIA - Rete Stemi - Rete Stroke - REL - ROL-Rete Oncologica - Chirurgia Generale Oncologica: colon retto, stomaco, colostectomia - Chirurgia Polmonare Oncologica - Chirurgia Tumorale Senologica, - Rete Materno-Infantile: Parto naturale, Parto cesario, ecc. - Rete Trauma Emergenza-Urgenza - Sistema Cardiocircolatorio (Chirurgia Vascolare e Cardiocirurgia), - Apparato Respiratorio - Sistema Osteomuscolare - OBIETTIVI REGIONALI NETWORK - OBIETTIVI PNE - INDICATORI DI ESITO PNE	Responsabile Approprietezza	31/12/2021	Analisi indicatori e definizione azioni di miglioramento in relazione all'andamento degli indicatori di rischio	Relazione sull'andamento indicatori e Piano delle azioni di miglioramento condivise con le UU.OO coinvolte	Responsabile Approprietezza	x													31/12/2021 Azione completata (Vedi Rapporto di Audit e Cap. 10 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELL'APPROPRIATEZZA E DOCUMENTAZIONE SANITARIA")
DIREZIONE GENERALE	Informatizzazione della documentazione sanitaria di ricovero cartella clinica elettronica	Informatizzazione della documentazione sanitaria di ricovero cartella clinica elettronica - Piano Annuale 2021 (Compatibilmente con le risorse economico-finanziarie necessarie per apparecchiature, impianti, hardware e rete WiFi) - 1° Semestre 2021: Estensione Cartella Clinica Elettronica 1. Pneumologia - UTIR 2. Cardiologia - Utic - MN 3. Neurologia Stroke 4. SPDC - MN - 2° Semestre 2021: Estensione Cartella Clinica Elettronica 1. Cardiologia Borgo Mn 2. SPDC - Borgo Mn e Asola 3. Medicina Borgo Mn e Asola	Coordinatore GIDSS Gruppo per l'informatizzazione della Documentazione Sanitaria e Sociosanitaria	31/12/2021	Addestramento e Implementazione Cartella Clinica Elettronica	Relazione di Attuazione Piano 2021 - Informatizzazione della documentazione sanitaria di ricovero cartella clinica elettronica	Coordinatore GIDSS Gruppo per l'informatizzazione della Documentazione Sanitaria e Sociosanitaria	x		x											31/12/2021 Azione completata (Vedi Resoconto attività 2021 del GIDSS e Cap. 10 del Resoconto Piano Qualità e Risk Management 2021 "ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELL'APPROPRIATEZZA E DOCUMENTAZIONE SANITARIA")