PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2018

MOD01PG2MQ05
Data 07.02.2016
Rev. 2

	Dipartimento	Dimensione di performance	Obiettivo	Descrizione obiettivo e indicatori	Risultato atteso 2018	Criterio di calcolo/valutazione	Responsabile valutazione										Monitoraggio (data firma se ok)
N.	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Dimensione di performance	Obiettivo/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Fasi	Risultato atteso	valutazione	Responsabile monitoraggio	Chirurgia Mantova	Chirurgia Senologica	Chirurgia Pieve	Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	Ortopedia	Urologia				Monitoraggio (data firma se ok)
1	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	ROL	Miglioramento/consolidamento obiettivi reti e PDTA regionali (mammella e colon-retto)	2018 > 2017	Confronto con anno precedente, media RL e target da cruscotto regionale (valutazione proporzionale)	Burato - Ventura	X	X	X	X						Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
2	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Risk Management - Area Terapia Intensiva e sale operatorie	Adesione alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica nell'ambito di area chirurgica	- Monitoraggio con adesione del 100% alle azioni previste nel piano di risk management 2018; - attivazione di gruppi di miglioramento multidisciplinari per la costruzione e la diffusione di percorsi di aderenza alle buone pratiche	azioni a cui si è aderito vs azioni previste da piano di risk management (proporzionale)	Burato	X	X	X	X	X	X				Effettuato incontri nell'ambito del Comitato di Dipartimento rispetto alla metodolgia dell'audit clinico
3	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Valutazione multidisciplinare	Valutazione multidisciplinare per definizione del miglior trattamento Indicatore: n° casi discussi Sviluppo interfaccia su Galileo per implementazione applicativo per gestione team multidisciplinari (compatibilmente con disponibilità programma)	2018 > 2017	Se n° pz 2018>2017 100% se n° pz 2018<2017 in proporzione	Direttori UO	X		X	X		X				Azione rendicontata dal responsabile valutazione
4	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Piede diabetico	Applicazione e sviluppo percorso definito da programmazione 2017	Relazione trimestrale condivisa su dinamica di progressiva applicazione (stato avanzamento) e risultati conseguiti nell'ottica di migliorare gli outcome ed esiti	se tre relazioni condivise tra i vari responsabile delle UO coinvolte > 100% se 2 relazione condivise tra i vari responsabile delle UO coinvolte > 50% se 1 relazione condivise tra i vari responsabile delle UO coinvolte > 0% Nelle relazioni deve emergere la multidisciplinarietà dell'offerta assistenziale garantita ai pazienti, altrimenti conseguimento comunque 50%	Bongiovanni					X					Azione rendicontata dal responsabile valutazione
5	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Accreditamento, Qualità; Sicurezza e Appropriatezza delle prestazioni	Definizione Elenco Linee Guida secondo Legge 24/17	Evidenza	Valutazione SI-NO > documento Ricognizione elenco Linee Guida sottoscritte da Responsabile Struttura, Coordinatore e Direttore Medico di Presidio	Burato	X	X	X	X	X	X				Definite Linee Guida per tutte le UU.OO del Dipartimento
6	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Fratture di Femore	Miglioramento della degenza pre-operatoria per i pazienti con frattura di femore Indicatore: % fratture di femore operate entro 48 ore	% ≥ atteso regionale	% fratture di femore operate entro 48 ore > 70% 100% % fratture di femore operate entro 48 ore < 70% in proporzione	Bongiovanni					X					Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
7	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Valutazione Performance	INDICATORI PNE e NETWORK	Consolidamento/miglioramento performance in base ad indicatori PNE e NETWORK monitorati da Regione Lombardia attraverso Cruscotto Regionale	Consolidamento indicatori/aree di performance già in fascia verde; Per le restanti aree: miglioramento indicatori di performance per conseguire fascia verde	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale -->0%	Burato - Bongiovanni	X	X	X		X	X				Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
8	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Valutazione Performance	indicatori di outcome	Ricoveri ripetuti	Analisi/approfondimento indicatore ed individuazione di eventuali azioni di miglioramento (Relazione Chirurgia Mantova-Pieve)	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale -->0%	Burato - Bongiovanni	X	X	X		X	X				Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
9	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Appropriatezza prescrittiva prestazioni per interni	Sviluppo e attuazione azioni di miglioramento appropriatezza richiesta prestazioni per interni (per pazienti degenti) in collaborazione anche con i servizi erogatori; indicatore: valore prestazioni per punto DRG 2018 vs 2017	Consolidamento/miglioramento sulla base di un'analisi per individuare potenziali aree di azione da svilupparsi nel mese di gennaio	(per i Servizi erogatori) Se individuata area di azione specifica: proporzionale > costo per punto DRG (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per area individuata Se non individuata area di azione: proporzionale > costo per punto (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per prestazioni per in totale (per specifico servizio)	Burato-Ventura	X	X	X	X	X	X				Azione rendicontata dal responsabile valutazione
10	CHIRURGICO ORTOPEDICO	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Endoscopia digestiva: revisione organizzazione attività assistenziali e piani di lavoro	Definizione, condivisione e validazione Piani di lavoro per sede (Mantova, Destra Secchia e Asola)		Burato, Vallicella				X						Definiti e validati Piani di lavoro per sede (Mantova, Destra Secchia e Asola) Distribuzione controllata
11	CHIRURGICO ORTOPEDICO	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Monitoraggio della prevalenza, prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione (LdP) nelle strutture di degenza Dip. Medico, Dip. CTV e Dip. Chirurgo-Ortopedico	Documenti condivisi con tutte le equipe assistenziali (incontri documentati o distribuzione con Talete); Effettuazione indagine di prevalenza;Definizione Piano di Miglioramento correlato	Incontri documentati, pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella	X	X	X		X	X				Distribuzionme controllata con questionario di comprensione del PR01SITRA Prevenzione e trattamento Lesioni da Pressione; IO01PR01SITRA Corretta gestione servizio noleggio sup_antidecubito e indagine prevalenza 2017
12	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonché i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO)	Definizione e distribuzione controllata dell' Istruzione Operativa Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (IO05PRCIO14 ASST MANTOVA)	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato	X	X	X	X	X	X				Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete IO05PRCIO14 Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (Report Talete nominale di lettura e comprensione del documennto)
13	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonché i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO)	Definizione PERCORSO SENOLOGICO	Definizione e pubblicazione con Talete	Pubblicazione in Talete	Burato		X								Definizione e pubblicazione con Talete del PDTA91 Percorso Senologico Rev. 0 del 10/12/2018
14	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Obiettivo RAR Dirigenza	Macro obiettivo N.3: Applicazione/revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici inerenti le condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, Individuate dalle 17 Raccomandazioni Ministeriali. In particolare: Raccomandazione ministeriale n 02 per prevenire la ritenzione di garze strumenti o atro materiale all'interno del sito chirurgico; Raccomandazione ministeriale n 03 per la corretta identificazione dei pazienti del sito chirurgico e della procedura ; Manuale per la sicurezza in sala operatoria	1. Partecipazione agli interventi di informazione e formazione sul nuovo Regolamento di accesso e dei percorsi dei Blocchi Operatori / lettura e comprensione del documento 2. Applicazione delle nuove procedure	distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete. Incontri seminariali di presentazione documentazione. Audit nei 3 Blocchi operatori	Evidenza di partecipazione ai seminari di presentazione della nuova documentazione / Evidenza di lettura e comprensione del documento / evidenza di applicazione delle nuove procedure (rapporto di udit)	Burato	X	X	X	X	X	X				1. Registri 4 seminari ECM (IDCPD 128068,1,2,3,4, PG 158/2018) .Evidenza di lettura e comprensione del testo del PrSI01BOAZ PrSI01BOAZ Percorsi Operatori, Pazienti e Materiali e Mantenimento dei Percorsi "Pulito" e "Sporco" nei Blocchi Operatori AZIENDALI 2: Rapporto di Audit Blocchi operatori Mantova, Asola, Destra secchia (evento ECM ID 133554; PG158/20189)
	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	Dimensione di performance	Obiettivo	Descrizione obiettivo e indicatori	Atteso 2018	Criterio di calcolo/valutazione	Responsabile valutazione	Cardio Chirurgia	Cardiologia Mantova	Cardiologia Pieve	Chirurgia Toracica	Chirurgia Vascolare	Pneumologia	Cardio respiratoria			Monitoraggio (data firma se ok)

PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2018

	Dipartimento	Dimensione di performance	Obiettivo	Descrizione obiettivo e indicatori	Risultato atteso 2018	Criterio di calcolo/valutazione	Responsabile valutazione										Monitoraggio (data firma se ok)
15	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Appropriatezza farmaceutica	Appropriatezza: valutazione utilizzo antibiotici orali	Gruppo di lavoro con elaborazione studio di fattibilità e avvio progetto	OBTV da RINEGOZIARE X INTERVENUTE INDICAZIONI REGOLE 2018	Saccardi		**X**	**X**			**X**	**X**			Azione rendicontata dal responsabile valutazione
16	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Percorso Scompenso	Implementazione percorso elaborato da programmazione 2017	Evidenza	avvio implementazione percorso; evidenza (si/no): relazione a DS da parte dei Responsabili dell'implementazione e dei primi risultati del percorso	Marina Galetti		X	X							Azione rendicontata dal responsabile valutazione
17	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Accessibilità - Presa in carico	Rivalutazione e revisione modello di risposta/agende ambulatoriali in coerenza anche con avvio e sviluppo presa in carico allo scopo di massimizzare la capacità di risposta in termini quali-quantitativi	Analisi entro fine gennaio, elaborazione programma agende entro fine febbraio e progressiva attivazione degli ambulatori in base alla domanda, con valutazione entro I semestre in termini di: - risposta al 100% della programmazione per eventuali pazienti presi in carico; - consolidamento/miglioramento risposta per restanti tipologie/linee di attività	> % pz con PAI nei tempi previsti vs pz presi in carico/programmati (di competenza in base a patologia prevalente) > criterio proporzionale base 100 > se analisi su agende +1% > se miglioramento su prestazioni individuate da analisi +1%	Bonini - Bellani		X	X		X	X				Azione rendicontata dal responsabile valutazione
18	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Piede diabetico	Applicazione e sviluppo percorso definito da programmazione 2017	Relazione trimestrale condivisa su dinamica di progressiva applicazione (stato avanzamento) e risultati conseguiti nell'ottica di migliorare gli outcome ed esiti	se tre relazioni condivise tra i vari responsabile delle UO coinvolte > 100% se 2 relazione condivise tra i vari responsabile delle UO coinvolte > 50% se 1 relazione condivise tra i vari responsabile delle UO coinvolte > 0% Nelle relazioni deve emergere la multidisciplinarietà dell'offerta assistenziale garantita ai pazienti, altrimenti conseguimento comunque 50%	Bongiovanni					X					Azione rendicontata dal responsabile valutazione
19	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Medicazioni avanzate	Medicazione avanzate: implementazione percorso e modello organizzativo ambulatori	Evidenza da gennaio 2018	100% se incremento volumi e incremento incidenza tipologie prestazioni complesse 80% se non incremento volumi e incremento incidenza tipologie complesse 0% negli altri casi	Bongiovanni					X					Azione rendicontata dal responsabile valutazione
20	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Risk Management - Area Terapia Intensiva e sale operatorie	Adesione alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica nell'ambito di area chirurgica	- Monitoraggio con adesione del 100% alle azioni previste nel piano di risk management 2018; - attivazione di gruppi di miglioramento multidisciplinari per la costruzione e la diffusione di percorsi di aderenza alle buone pratiche	azioni a cui si è aderito vs azioni previste da piano di risk management (proporzionale)	Burato	X			X	X					Vedi scheda rendicontazione progetto RM "Progetto Sicurezza del paziente in sala operatoria" 2018
21	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Area Terapia Intensiva e sale operatorie	Progetto e analisi di fattibilità percorso pazienti da Terapia Intensiva a area intensiva Pneumologia	Progetto ed eventuale attivazione percorso	se progetto condiviso presentato a DS (attivazione Gruppo di Miglioramento) > 100% se elaborazione ma progetto non concluso entro anno > 50% 0% negli altri casi	Basili						X				Azione rendicontata dal responsabile valutazione
22	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Valutazione multidisciplinare	Valutazione multidisciplinare per definizione del miglior trattamento Indicatore: n° casi discussi Sviluppo interfaccia su Galileo per implementazione applicativo per gestione team multidisciplinari (compatibilmente con disponibilità programma)	2017 > 2016	Se n° pz 2018>2017 100% se n° pz 2018<2017 in proporzione	Direttori UO				X		X				Azione rendicontata dal responsabile valutazione
23	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Progetto	Day service PAC	Elaborazione studio di fattibilità/modello	se progetto/studio presentato a DS > 100% se elaborazione ma progetto/studio non concluso entro anno > 50% 0% negli altri casi	Bonini				X		X				Azione rendicontata dal responsabile valutazione
24	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Accreditamento, Qualità; Sicurezza e Appropriatezza delle prestazioni	Definizione Elenco Linee Guida secondo Legge 24/17	Evidenza	Valutazione SI-NO > documento Ricognizione elenco Linee Guida sottoscritte da Responsabile Struttura, Coordinatore e Direttore Medico di Presidio	Burato	X	X	X	X	X	X	X			Definite Linee Guida per tutte le UU.OO del Dipartimento
25	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Valutazione performance	INDICATORI PNE e NETWORK	Consolidamento/miglioramento performance in base ad indicatori PNE e NETWORK monitorati da Regione Lombardia attraverso Cruscotto Regionale	Consolidamento indicatori/aree di performance già in fascia verde; Per le restanti aree: miglioramento indicatori di performance per conseguire fascia verde	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale -->0%	Burato - Bongiovanni	X	X	X	X	X	X				Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
26	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Valutazione performance	indicatori di outcome	Ritorni in sala operatoria	Analisi/approfondimento indicatore ed individuazione di eventuali azioni di miglioramento	-Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale -->0%	Burato - Bongiovanni	X	X				X			OBTV non applicabile per cardiologia e pneumologia	Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
27	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Valutazione performance	indicatori di outcome	Ricoveri Ripetuti	Analisi/approfondimento indicatore ed individuazione di eventuali azioni di miglioramento	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale -->0%	Burato - Bongiovanni	X		X							Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
28	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Appropriatezza prescrittiva prestazioni per interni	Sviluppo e attuazione azioni di miglioramento appropriatezza richiesta prestazioni per interni (per pazienti degenti) in collaborazione anche con i servizi erogatori; Indicatore: valore prestazioni per punto DRG 2018 vs 2017	Consolidamento/miglioramento sulla base di un'analisi per individuare potenziali aree di azione da svilupparsi nel mese di gennaio	(per i reparti richiedenti) Se individuata area di azione specifica: proporzionale > costo per punto DRG (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per area individuata Se non individuata area di azione: Media ponderata (per incidenza tipologia) performace raggiungimento per: prestazioni di laboratorio, radiologia, anatomia patologica. modalità di valutazione: proporzionale > costo per punto (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018	Burato-Ventura	X	X	X	X	X	X	X		La valutazione considera come azione specifica il governo di tutte le tipologie di prestazioni richieste e misurate.	Azione rendicontata dal responsabile valutazione
29	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Monitoraggio della prevalenza, prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione (LdP) nelle strutture di degenza Dip. Medico, Dip. CTV e Dip. Chirurgio-Ortopedico	Documenti condivisi con tutte le equipe assistenziali (incontri documentati o distribuzione con Talete); Effettuazione indagine di prevalenza;Definizione Piano di Miglioramento correlato	Incontri documentati, pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella	**X**	**X**	**X**		**X**	**X**				Distribuzionme controllata con questionario di comprensione del PR01SITRA Prevenzione e trattamento Lesioni da Pressione; IO01PR01SITRA Corretta gestione servizio noleggio sup_antidecubito e indagine prevalenza 2017
30	**CARDIO-TORACO-VASCOLARE**	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonché i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO)	Definizione e distribuzione controllata dell' Istruzione Operativa Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (IO05PRCIO14 ASST MANTOVA)	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**			Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete IO05PRCIO14 Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (Report Talete nominale di lettura e comprensione del documemnto)

PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2018

	Dipartimento	Dimensione di performance	Obiettivo	Descrizione obiettivo e indicatori	Risultato atteso 2018	Criterio di calcolo/valutazione	Responsabile valutazione										Monitoraggio (data firma se ok)
31	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	Obiettivo RAR Dirigenza	Macro obiettivo N.3: Applicazione/revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici inerenti le condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, Individuate dalle 17 Raccomandazioni Ministeriali. In particolare: Raccomandazione ministeriale n 02 per prevenire la ritenzione di garze strumenti o atro materiale all'interno del sito chirurgico; Raccomandazione ministeriale n 03 per la corretta identificazione dei pazienti del sito chirurgico e della procedura ; Manuale per la sicurezza in sala operatoria	1. Partecipazione agli interventi di informazione e formazione sul nuovo Regolamento di accesso e dei percorsi dei Blocchi Operatori / lettura e comprensione del documento 2. Applicazione delle nuove procedure	distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete. Incontri seminariali di presentazione documentazione. Audit nei 3 Blocchi operatori	Evidenza di partecipazione ai seminari di presentazione della nuova documentazione / Evidenza di lettura e comprensione del documento / evidenza di applicazione delle nuove procedure (rapporto di udit)	Burato	X			X	X						1. Registri 4 seminari ECM (IDCPD 128068,1,2,3,4, PG 158/2018) .Evidenza di lettura e comprensione del testo del PrS01BOAZ PrS01BOAZ Percorsi Operatori, Pazienti e Materiali e Mantenimento dei Percorsi "Pulito" e "Sporco" nei Blocchi Operatori AZIENDALI 2. Rapporto di Audit Blocchi operatori Mantova, Asola, Destra secchia (evento ECM ID 133554; PG158/20189)
	EMERGENZA URGENZA	Dimensione di performance	Obiettivo	Descrizione obiettivo e indicatori	Atteso 2018	Criterio di calcolo/valutazione	Responsabile valutazione	Anestesia Asola	Medicina D'Urgenza	Rianimazione Mantova	Rianimazione Pieve	PS Mantova	PS Pieve	PS Asola			Monitoraggio (data firma se ok)
32	EMERGENZA URGENZA	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Percorso Nascita	Consolidamento partoanalgesia: Definizione, in condivisione con il Dipartimento Materno-Infantile, dei valori target contestualizzati per U.O. in termini di n° partoanalgesie/n° parti totali e definizione e perseguimento valore atteso per anno 2018	2018 >= valore atteso definito	Se n° partoanalgesie/n° parti totali 2018> valore atteso definito (o 2017) 100% se n° partoanalgesie/n° parti totali 2018< valore atteso definito (o 2017) in proporzione (valore atteso definitoin ambito dell'audit ostetricie e ginecologie)	Vetturelli - Burato	X		X	X						Azione rendicontata dal responsabile valutazione
33	EMERGENZA URGENZA	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Fratture di Femore	Miglioramento dalla degenza preoperatoria per i pazienti con frattura di femore Indicatore: % fratture di femore operate entro 48 ore	≥ atteso regionale	% fratture di femore operate entro 48 ore > 70% 100% % fratture di femore operate entro 48 ore < 70% in proporzione	Bongiovanni		X	X	X						Azione rendicontata dal responsabile valutazione
34	EMERGENZA URGENZA	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Risk Management - Area Terapia Intensiva e sale operatorie	Adesione alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica nell'ambito di area chirurgica	- monitoraggio con adesione del 100% alle azioni previste nel piano di risk management 2018; - attivazione di gruppi di miglioramento multidisciplinari per la costruzione e la diffusione di percorsi di aderenza alle buone pratiche	azioni a cui si è aderito vs azioni previste da piano di risk management (proporzionale)	Burato	X		X	X						Vedi scheda rendicontazione progetto RM "Progetto Sicurezza del paziente in sala operatoria" 2018
35	EMERGENZA URGENZA	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Area Terapia Intensiva e sale operatorie	Progetto e analisi di fattibilità percorso pazienti da Terapia Intensiva a area intensiva Pneumologia	progetto ed eventuale attivazione percorso	se progetto condiviso presentato a DS (attivazione Gruppo di Miglioramento) > 100% se elaborazione ma progetto non concluso entro anno > 50% 0% negli altri casi	Basili			X							Azione rendicontata dal responsabile valutazione
36	EMERGENZA URGENZA	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Progetto	Sviluppo progetto sull'identificazione del setting assistenziale in base all'intensità clinica e assistenziale (sperimentazione con scheda multidimensionale da P.S.)	evidenza	implemtazione progetto e presentazione risultati entro l'anno > 100% solo implementazione progetto > 90%	Basili		X								Azione rendicontata dal responsabile valutazione
37	EMERGENZA URGENZA	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Progetto	Trasporti secondari	Gruppo di lavoro tra i PS per individuare un pool da dedicare a questa attività	se progetto/studio presentato a DS > 100% se elaborazione ma progetto/studio non concluso entro anno > 50% 0% negli altri casi	Bongiovanni		X								Azione rendicontata dal responsabile valutazione
38	EMERGENZA URGENZA	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Progetto	Sedazione pediatrica in collaborazione con Dipartimento Materno-Infantile: elaborazione protocollo/progetto	Evidenza	approvazione protocollo (si/no)	Fasoli	X		X	X						Azione rendicontata dal responsabile valutazione
39	EMERGENZA URGENZA	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Accreditamento, Qualità; Sicurezza e Appropriatezza delle prestazioni	Definizione Elenco Linee Guida secondo Legge 24/17	Evidenza	Valutazione SI-NO > documento Ricognizione elenco Linee Guida sottoscritte da Responsabile Struttura, Coordinatore e Direttore Medico di Presidio	Burato	X	X	X	X						Definite Linee Guida per tutte le UU.OO del Dipartimento
40	EMERGENZA URGENZA	Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Appropriatezza prescrittiva prestazioni per interni	Sviluppo e attuazione azioni di miglioramento appropriatezza richiesta prestazioni per interni (per pazienti degenti)in collaborazione anche con i servizi erogatori	Elaborare linee di indirizzo condivise sull'appropriatezza per esami di diagnostica e di laboratorio	(per i Servizi erogatori) Se individuata area di azione specifica: proporzionale > costo per punto DRG (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per area individuata Se non individuata area di azione: proporzionale > costo per punto (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per prestazioni per in totale (per specifico servizio)	Burato-Ventura		X	X	x						Azione rendicontata dal responsabile valutazione
41	EMERGENZA URGENZA	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione (LdP)	Documenti condivisi con tutte le equipe assistenziali (incontri documentali o distribuzione con Talete); Effettuazione indagine di prevalenza;Definizione Piano di Miglioramento correlato	Incontri documentati, pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella			X	X						Distribuzionme controllata con questionario di comprensione del PR01SITRA Prevenzione e trattamento Lesioni da Pressione; IO01PR01SITRA Corretta gestione servizio noleggio sup_antidecubito e indagine prevalenza 2017
42	EMERGENZA URGENZA	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Uniformare nei 3 Pronto Soccorso aziendali e secondo le evidenze scientifiche, la presa in carico paziente con insufficienza respiratoria acuta	Protocollo per la presa in carico paziente con insufficienza respiratoria acuta in PS definito, validato e condiviso da tutte le equipe dei 3 PS aziendali	Incontri documentati, pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella					X	X	X			Azione rendicontata dal responsabile valutazione
43	EMERGENZA URGENZA	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Revisionare secondo le evidenze scientifiche, il protocollo di gestione del catere venoso midline (TERAPIA DEL DOLORE)	Protocollo di gestione del catere venoso midline definito, validato e distribuito	Pubblicazione del protcollo e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella			Terapia del dolore							Azione rendicontata dal responsabile valutazione
44	EMERGENZA URGENZA	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonché i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO)	Definizione e distribuzione controllata dell' Istruzione Operativa Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (IO05PRCIO14 ASST MANTOVA)	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato	X	X	X	X	X	X	X			Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete IO05PRCIO14 Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (Report Talete nominale di lettura e comprensione del documenmto)
45	EMERGENZA URGENZA	Obiettivo RAR Dirigenza	Macro obiettivo N.3: Applicazione/revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici inerenti le condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, Individuate dalle 17 Raccomandazioni Ministeriali. In particolare: Raccomandazione ministeriale n 02 per prevenire la ritenzione di garze strumenti o atro materiale all'interno del sito chirurgico; Raccomandazione ministeriale n 03 per la corretta identificazione dei pazienti del sito chirurgico e della procedura ; Manuale per la sicurezza in sala operatoria	1. Partecipazione agli interventi di informazione e formazione sul nuovo Regolamento di accesso e dei percorsi dei Blocchi Operatori / lettura e comprensione del documento 2. Applicazione delle nuove procedure	distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete. Incontri seminariali di presentazione documentazione. Audit nei 3 Blocchi operatori	Evidenza di partecipazione ai seminari di presentazione della nuova documentazione / Evidenza di lettura e comprensione del documento / evidenza di applicazione delle nuove procedure (rapporto di udit)	Burato	X		X	X						1. Registri 4 seminari ECM (IDCPD 128068,1,2,3,4, PG 158/2018) .Evidenza di lettura e comprensione del testo del PrS01BOAZ PrS01BOAZ Percorsi Operatori, Pazienti e Materiali e Mantenimento dei Percorsi "Pulito" e "Sporco" nei Blocchi Operatori AZIENDALI 2. Rapporto di Audit Blocchi operatori Mantova, Asola, Destra secchia (evento ECM ID 133554; PG158/20189)
	FRAGILITA'	Dimensione di performance	Obiettivo	Descrizione obiettivo e indicatori	Atteso 2018	Criterio di calcolo/valutazione	Responsabile valutazione	Cure Palliative	Sub-acuti	Fragilità	Gestione PreSST e POT	Cure Domiciliari	Prevenzione	Centro Servizi			Monitoraggio (data firma se ok)
46	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Attuazione riforma	Attivazione PreSST e POT	Almeno un PreSST ed un POT con attivazione delle attività	se attivazione attività di 1 PreSST e di 1 POT > 100% se attivazione attività di solo una struttura > 50% 0% negli altri casi	Burato				X						Vedi nota ATS di attivazione PreSSTe POT (Prot71202 del 20/12/2018)

PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2018

	Dipartimento	Dimensione di performance	Obiettivo	Descrizione obiettivo e indicatori	Risultato atteso 2018	Criterio di calcolo/valutazione	Responsabile valutazione										Monitoraggio (data firma se ok)
47	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Attuazione riforma	Percorso accesso Sub-acuti - MMG	Miglioramento percorso di accesso ai Sub-acuti in coerenza con richieste MMG	N pz inviati da MMG 2018>2017 100% N pz inviati da MMG 2018<2017 in proporzione	Bellani		X								Azione rendicontata dal responsabile valutazione
48	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Percorso DSM	Gestione/presa in carico dei pazienti afferenti al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze nella loro totalità, comprese le patologie di confine: elaborazione PDTA da percorso di gestione/presa in carico integrata adolescenza, età adulta e pazienti doppia diagnosi approvato nel 2017.	evidenza PDTA e attuazione	validazione PDTA entro l'anno (si/no)	Capovilla			X							Azione rendicontata dal responsabile valutazione
49	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Percorso paziente geriatrico polipatologico	Sviluppo integrazione con Sub-acuti, Cure Palliative e Dip. Medico (ambulatorio fragilità) per migliorare presa in carico paziente target	Riduzione accesi PS e ricoveri ripetuti	Se riduzione accessi PS e ricoveri ripetuti 100% se riduzione accessi PS o ricoveri ripetuti 90% negli altri casi 0% - e/o si terrà conto delle eventuali azioni specifiche delle UO coinvolte per l'attribuzione di un punteggio fino ad un max del 50%	Bellani	X	X	X							Azione rendicontata dal responsabile valutazione
50	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Percorso Urgenze	Accordi e percorsi formativi con RSA per riduzione accessi impropri al pronto soccorso e appropriatezza eleggibilità pazienti alla nutrizione artificiale e percorsi fine vita	Compliance nell'impostazione e nelle azioni attuative per il conseguimento della riduzione degli accessi al PS in oggetto	Approvazione accordo con RSA e avvio percorsi definiti nell'accordo > 100% solo approvazione accordo > 50% 0% negli altri casi	Basili	X									Azione rendicontata dal responsabile valutazione
51	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Appropriatezza farmaceutica	Confronto tra professionisti per la produzione di documenti condivisi relativamente a specifici casi di HIV, HBV, artrite reumatoide Tempestività/completezza delle segnalazioni alle ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva (consolidare l'utilizzo delle segnalazioni online)	Evidenza applicazione primi tre mesi e valutazioni azioni di miglioramento/consolidamento	Valutazione sulla base della rendicontazione UO e materiale documentale a supporto degli adempimenti di almeno un incontro tra professionisti e segnalazione eventuali nuovi casi	Saccardi		X								Azione rendicontata dal responsabile valutazione
52	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Appropriatezza farmaceutica	Appropriatezza utilizzo antibiotici in Hospice	Analisi e valutazione eventuali linee di azione	evidenza documento condiviso con Farmacia > 100% se evidenza documento solo interno UO > 50% 0% negli altri casi	Saccardi	X									Azione rendicontata dal responsabile valutazione
53	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Cure Palliative	Evoluzione modello: rispetto indicatori regionali di valutazione della qualità e appropriatezza di servizi e prestazioni erogate nell'ambito della rete (integrazione CPP e TDP)	Costruzione sistema indicatori	Evidenza documento indicatori entro fine anno (si-no)	Burato	X									Indicatori definiti e inseriti nel Cruscotto aziendale. Vedi anche rapporto di audit reti di patologia del 2012/2018
54	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Cure Palliative	Simultaneous care: estensione (numero segnalazioni) e studio modalità di misurazione	2018 > 2017	se n° segnalazioni0 pz 2018 > 2017 > 100% se 2018 < 2017 in proporzione (su base 95%)	Direttori Uo	X									Azione rendicontata dal responsabile valutazione
55	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Cure Palliative	Presa in carico del pz oncologico - trattamento riabilitativo: implementazione/consolidamento attività diversionali per il recupero benessere psico-fisico del pz, indicatore n° pazienti	Incremento delle attività diversionali proposte e del numero di sessioni di attività	Se n° attività 2018>2017 100% se n° attività 2018<2017 in proporzione	Bellani	X									Azione rendicontata dal responsabile valutazione
56	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Cure Palliative	Integrazione CP e cure domiciliari presa in carico cronici e fragili entro 30/6/2018	Evidenza	evidenza implementazione discussione congiunta ed integrata migliore presa in carico pz almeno mensile (evidenza almeno 10 verbali riunioni; valutazione SI/NO, supportata anche da audit)	Bellani	X				X					Azione rendicontata dal responsabile valutazione
57	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Presa in carico	Process-owner e Clinical Manager: costruzione di percorsi trasversali per la realizzazione del percorso del paziente nel passaggio da un approccio legato ai PDTA verso il PAI	Evidenza azioni	Valutazione da relazione infrannuale e di fine anno, alla luce anche di specifiche linee che nascono dal tavolo dedicato; in proporzione 1 percorso trasversale per ogni patologia attivata in base ad arruolamento.	Bellani			X							Azione rendicontata dal responsabile valutazione
58	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Accreditamento, Qualità; Sicurezza e Appropriatezza delle prestazioni	Definizione Elenco Linee Guida secondo Legge 24/17	Evidenza		Burato	X	X	X	X	X	X				Definite Linee Guida per tutte le UU.OO del Dipartimento
59	FRAGILITA'	Sviluppo azioni di miglioramento	La presa in carico del paziente cronico in ASST Mantova: il monitoraggio del paziente per l'aderenza al PAI	GdM per la 'Stesura di check list per il monitoraggio multidisciplinare del paziente cronico fragile nell'ambito della rete dei servizi e dei percorsi ospedale territorio	Attivazione gdM dedicato e Definizione, pubblicazione e distribuzione con Talete	Pubblicazione documenti, distribuzione controllata con Talete e superamento test di comprensione	Burato			X				X			Emessa, pubblicata e distribuita con Talete PDTA94 PERCORSO MONITORAGGIO DEL PAZIENTE CRONICO ARRUOLATO e relative Check list
60	FRAGILITA'	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonchè i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO)	Definizione e distribuzione controllata dell' Istruzione Operativa Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (IO05PRCIO14 ASST MANTOVA)	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato	X	X								Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete IO05PRCIO14 Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (Report Talete nominale di lettura e comprensione del documenntoj
61	FRAGILITA'	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N. 1B: Sviluppo di modelli e strumenti per pomuovere e monitorare l'adesione ai percorsi di presa in carico dei pazientie cronici e fragili per cui ASST è gestore	Attuazione della riforma: valorizzazione del nuovo sistema di presa in carico di pazienti cronici e diffusione del modello adottato	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete	Pubblicazione documenti, distribuzione controllata con Talete e superamento test di comprensione	Burato	X	X	X	X	X	X				Emessa, pubblicata e distribuita con Talete con questionario di comprensione della PrS01DIP.FRAG. PROCEDURA SPECIFICA Attuazione della Riforma sanitaria: IL MODELLO ASST DI MANTOVA PER LA PRESA IN CARICO DELLE PATOLOGIE CRONICHE.
62	FRAGILITA'	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Monitoraggio della prevalenza, prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione (LdP) nelle strutture di degenza Dip. Medico, Dip. CTV e Dip. Chirurgio-Ortopedico	Documenti condivisi con tutte le equipe assistenziali (incontri documentati o distribuzione con Talete); Effettuazione indagine di prevalenza;Definizione Piano di Miglioramento correlato	Incontri documentati, pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella		X								Distribuzione nominale con questionario di comprensione del PR01SITRA Prevenzione e trattamento Lesioni da Pressione; IO01PR01SITRA Corretta gestione servizio noleggio sup_antidecubito e indagine prevalenza 2017
63	FRAGILITA'	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Modalità di avvio della presa in carico del paziente cronico e/o fragile: attivazione del Centro Servizi	Costruzione procedura generale; identificazione delle fasi di presa in carico, identificazione del paziente per elaborazione PAI e preparazione documentazione per il Clinical Manager e il Case manager	Presenza documentazione esplicativa/ descrittiva (flowchart)	Burato, Vallicella							X			Revisione delle RdU Centro Servizi con inserimento della Flowchart specifica. Definizione del PDTA93 Percorso di presa in carico del paziente cronico
64	FRAGILITA'	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Adeguamento normativa qualità accreditamento Cure Palliative	Anali dei processi da adeguare; produzione/ revisione della documentazione	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella	X									Revisionata tutta la documentaione relativa all'accreitamento (vedi cartella "Cure Palliative" in Taleteweb)
	MATERNO - INFANTILE	Dimensione di performance	Obiettivo	Descrizione obiettivo e indicatori	Atteso 2018	Criterio di calcolo/valutazione	Responsabile valutazione	Ost & Gin Asola	Ost & Gin Mantova	Ost & Gin Pieve	PMA	Patologia Neonatale	Pediatria Asola	Pediatria Mantova	Pediatria Pieve	Consultori	Monitoraggio (data firma se ok)
65	MATERNO - INFANTILE	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Accreditamento, Qualità; Sicurezza e Appropriatezza delle prestazioni	Definizione Elenco Linee Guida secondo Legge 24/17	Evidenza	Valutazione SI-NO > documento Ricognizione elenco Linee Guida sottoscritte da Responsabile Struttura, Coordinatore e Direttore Medico di Presidio	Burato	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Definite Linee Guida per tutte le UU.OO del Dipartimento
66	MATERNO - INFANTILE	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	RIMI	Rete e sinergie con Consultori: a) implementazione sistema GSA a livello di Consultori b) % di donne prenotate con GSA che dai Consultori afferiscono alla prima e seconda morfologica presso di punti nascita di ASST c)% di donne prenotate dal Consultorio con GSA che accedono all'ambulatorio della 37esima settimana	A)evidenza b) 100% c) 100%	Analisi trend con valutazione al IV trim 2018; valutazione complessiva media dei tre raggiungimenti	Vetturelli	X	X	X						X	Azione rendicontata dal responsabile valutazione
67	MATERNO - INFANTILE	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	Assistenza alla donna con gravidanza fisiologica e Assistenza al travaglio e parto fisiologici	Analisi indicatori regionali da portale e valutazione eventuali azioni di miglioramento	Se 2018 > media RL → 100% se 2018 < media RL ma > periodo precedente → proporzionale se 2018 < media RL e periodo precedente → 50%	Burato - Bongiovanni	X	X	X							Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
68	MATERNO - INFANTILE	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	Protocolli parto fisiologico a gestione ostetrica: implementazione	Evidenza	Evidenza da rendicontazione (si/no) di revisione protocolli	Burato	X	X	X						X	Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia

Carlo Poma — Regione Lombardia — ASST Mantova

PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2018

MOD01PG2MQ05
Data 07.02.2016
Rev. 2

	Dipartimento	Dimensione di performance	Obiettivo	Descrizione obiettivo e indicatori	Risultato atteso 2018	Criterio di calcolo/valutazione	Responsabile valutazione										Monitoraggio (data firma se ok)
69	**MATERNO - INFANTILE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	Omogeneizzazione e stesura protocolli induzione parto	Adozione entro primo trimestre e attuazione da aprile sui tre presidi	Evidenza da rendicontazione infra-annuale Se adozione 50% se anche attuazione 100%	Burato	X	X	X							Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
70	**MATERNO - INFANTILE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Progetti	Sedazione pediatrica in collaborazione con Anestesisti: elaborazione protocollo/progetto	Evidenza	Approvazione protocollo (si/no)	Fasoli						X	X	X		Azione rendicontata dal responsabile valutazione
71	**MATERNO - INFANTILE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Indicatore di Performance	Consolidamento partoanalgesia: Definizione, in condivisione con il Dipartimento Emergenza-Urgenza, dei valori target contestualizzati per U.O. in termini di n° partoanalgesie/n° parti totali e definizione e perseguimento valore atteso per anno 2018	2018 >= Valore atteso definito	Se n° partoanalgesie/n° parti totali 2018> valore atteso definito (o 2017) 100% se n° partoanalgesie/n° parti totali 2018< valore atteso definito (o 2017) in proporzione (valore atteso definito in ambito dell'audit ostetricie e ginecologie)	Vetturelli - Burato	1	X	1							Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
72	**MATERNO - INFANTILE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	MAC	Miglioramento modulazione utilizzo setting assistenziali Indicatore: incremento prestazioni MAC	2018 > 2017	N° prestazioni/valore 2018>2017 100% N° prestazioni/valore 2018<2017 in proporzione	Basili						X	X	1		Azione rendicontata dal responsabile valutazione
73	**MATERNO - INFANTILE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Valutazione multidisciplinare	Valutazione multidisciplinare per definizione del miglior trattamento Indicatore: n° casi discussi Sviluppo interfaccia su Galileo per implementazione applicativo per gestione team multidisciplinari (compatibilmente con disponibilità programma)	2017 > 2016	Se n° pz 2018>2017 100% se n° pz 2018<2017 in proporzione	Direttori UO	X	X	X							Azione rendicontata dal responsabile valutazione
74	**MATERNO - INFANTILE**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Risk Management - Area Terapia Intensiva e sale operatorie	Adesione alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica nell'ambito di area chirurgica	- Monitoraggio con adesione del 100% alle azioni previste nel piano di risk management 2018; - attivazione di gruppi di miglioramento multidisciplinari per la costruzione e la diffusione di percorsi di aderenza alle buone pratiche	Azioni a cui si è aderito vs azioni previste da piano di risk management (proporzionale)	Burato	X	X	X	X						Vedi scheda rendicontazione progetto RM "Progetto di sicurezza clinica ed assistenziale in ambito ostetrico" 2018
75	**MATERNO - INFANTILE**	Valutazione Performance	INDICATORI PNE e NETWORK	Consolidamento/miglioramento performance in base ad indicatori PNE e NETWORK monitorati da Regione Lombardia attraverso Cruscotto Regionale	Consolidamento indicatori/aree di performance già in fascia verde; Per le restanti aree: miglioramento indicatori di performance per conseguire fascia verde	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale --> 0%	Burato - Bongiovanni	X	X	X							Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
76	**MATERNO - INFANTILE**	Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Appropriatezza prescrittiva prestazioni per interni	Sviluppo e attuazione azioni di miglioramento appropriatezza richiesta prestazioni per interni (per pazienti degenti) in collaborazione anche con i servizi erogatori; indicatore: valore prestazioni per punto DRG 2018 vs 2017	Riduzione	(Per i Servizi erogatori) Se individuata area di azione specifica: proporzionale > costo per punto DRG (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per area individuata Se non individuata area di azione: proporzionale > costo per punto (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per prestazioni per in totale (per specifico servizio)	Burato-Ventura	X	X	X	X	X	X	X	X		Azione rendicontata dal responsabile valutazione
77	**MATERNO - INFANTILE**	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonché i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO)	Definizione e distribuzione controllata dell' Istruzione Operativa Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (IO05PRCIO14 ASST MANTOVA)	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**		Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete IO05PRCIO14 Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (Report Talete nominale di lettura e comprensione del documento)
78	**MATERNO - INFANTILE**	Obiettivo RAR Dirigenza	Macro obiettivo N.3: Applicazione revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici inerenti le condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, Individuate dalle 17 Raccomandazioni Ministeriali. In particolare: Raccomandazione ministeriale n 02 per prevenire la ritenzione di garze strumenti o atro materiale all'interno del sito chirurgico; Raccomandazione ministeriale n 03 per la corretta identificazione dei pazienti del sito chirurgico e della procedura ; Manuale per	1. Partecipazione agli interventi di informazione e formazione sul nuovo Regolamento di accesso e dei percorsi dei Blocchi Operatori / lettura e comprensione del documento 2. Applicazione delle nuove procedure	distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete. Incontri seminariali di presentazione documentazione. Audit nei 3 Blocchi operatori	Evidenza di partecipazione ai seminari di presentazione della nuova documentazione / Evidenza di lettura e comprensione del documento / evidenza di applicazione delle nuove procedure (rapporto di udit)	Burato	**X**	**X**	**X**							1. Registri 4 seminari ECM (ID/CPD 128068,1,2,3,4, PG 158/2018) Evidenza di lettura e comprensione del testo del PrS01BOAZ PrS01BOAZ Percorsi Operatori, Pazienti e Materiali e Mantenimento dei Percorsi "Pulito" e "Sporco" nei Blocchi Operatori AZIENDALI 2. Rapporto di Audit Blocchi operatori Mantova, Asola, Destra secchia (evento ECM ID 133554; PG158/20189)
79	**MATERNO - INFANTILE**	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Definizione o revisione procedure specifiche di struttura	Definizione, pubblicazione e distribuzione con Talete	Pubblicazione e distribuzione con Talete	Burato		**X (POG)**								Definita e distribuita IO01PCGINMN Isterescopie diagnostiche in regime ambulatoriale
	MEDICO	**Dimensione di performance**	**Obiettivo**	**Descrizione obiettivo e indicatori**	**Atteso 2018**	**Criterio di calcolo/valutazione**	**Responsabile valutazione**	**Centro DH & Allergologia**	**Diabetologia**	**Malattie Infettive**	**Medicina Asola**	**Medicina Mantova**	**Medicina Pieve**	**Nefrologia**	**Oncologia**		**Monitoraggio (data firma se ok)**
80	**MEDICO**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	ROL	Miglioramento/consolidamento obiettivi reti e PDTA regionali (mammella e colon-retto)	Consolidamento/miglioramento rispetto a 2017	Confronto con anno precedente, media RL e target da cruscotto regionale (valutazione proporzionale)	Burato - Ventura								1		Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
81	**MEDICO**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Appropriatezza prescrittiva	Appropriatezza prescrittiva protesica maggiore e integrativa: adesione alle azioni di implementazione e sviluppo del nuovo modello organizzativo e di processo	Evidenza	Valutazione da parte del SUPI attraverso analisi a campione pratiche, nell'ambito della sua funzione di verifica e controllo dell'appropriatezza prescrittiva	Superbi		X	X	X	X	X	X	X		Azione rendicontata dal responsabile valutazione
82	**MEDICO**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	MAC	Valutazione ed eventuale revisione pacchetti MAC in coerenza con avvio presa in carico operativa e percorsi attivati	Evidenza	Report di ricognizione protocolli in uso ed eventuale documento di aggiornamento (valutazione SI/NO; collegamento anche con contratto 2018 con ATS)	Burato	X	X	X	X	X	X	X	X		Valutati tutti i pacchetti e messi in revisione pacchetti MAC in data 06/11/2018 per le seguenti UU.OO: Malattie Infettive, Medicina Generale Asola; Medicina Generale Destra
83	**MEDICO**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di	Valutazione multidisciplinare	Approccio multidisciplinare ai tumori del distretto Testa-Collo - dioterapia, Neurochirurgia Indicatore: n° pazienti	Evidenza	Se n° pz 2018>2017 100%. se n° pz 2018<2017 in proporzione	Ciccone								X		Azione rendicontata dal responsabile valutazione
84	**MEDICO**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di	Accreditamento, Qualità: Sicurezza e Appropriatezza delle prestazioni	Definizione Elenco Linee Guida secondo Legge 24/17	Evidenza	Valutazione SI-NO > documento Ricognizione elenco Linee Guida sottoscritte da Responsabile Struttura, Coordinatore e Direttore Medico di Presidio	Burato	X	X	X	X	X	X	X	X		Definite Linee Guida per tutte le UU.OO del Dipartimento
85	**MEDICO**	Valutazione performance	INDICATORI PNE e NETWORK	Consolidamento/miglioramento performance in base ad indicatori PNE e NETWORK monitorati da Regione Lombardia attraverso Cruscotto Regionale	Consolidamento indicatori/aree di performance già in fascia verde; Per le restanti aree: miglioramento indicatori di performance per conseguire fascia verde	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale --> 0%	Burato - Bongiovanni			X	X	X	X	1	1		Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
86	**MEDICO**	Qualità dei processi organizzativi	indicatori di outcome	Ricoveri Ripetuti	Analisi/approfondimento indicatore ed individuazione di eventuali azioni di miglioramento	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale -->0%	Burato - Bongiovanni				1	1	X		X		Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia

PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2018

	Dipartimento	Dimensione di performance	Obiettivo	Descrizione obiettivo e indicatori	Risultato atteso 2018	Criterio di calcolo/valutazione	Responsabile valutazione										Monitoraggio (data firma se ok)
87	MEDICO	Qualità dei processi organizzativi	indicatori di risk adjustment	Durata Media della Degenza	Consolidamento/Miglioramento	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale -->0%	Burato - Bongiovanni				0	1	1		X		Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
88	MEDICO	Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Appropriatezza prescrittiva prestazioni per interni	Sviluppo e attuazione azioni di miglioramento appropriatezza richiesta prestazioni per interni (per pazienti degenti)in collaborazione anche con i servizi erogatori; Indicatore: valore prestazioni per punto DRG 2018 vs 2017	Riduzione	(per i Servizi erogatori) Se individuata area di azione specifica: proporzionale > costo per punto DRG (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per area individuata Se non individuata area di azione: proporzionale > costo per punto (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per prestazioni per in totale (per specifico servizio)	Burato-Ventura			X	X	X	X	X	X		Azione rendicontata dal responsabile valutazione
89	MEDICO	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Monitoraggio della prevalenza, prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione (LdP) nelle strutture di degenza Dip. Medico, Dip. CTV e Dip. Chirurgo-Ortopedico	Documenti condivisi con tutte le equipe assistenziali (incontri documentati o distribuzione con Talete); Effettuazione indagine di prevalenza;Definizione Piano di Miglioramento correlato	Incontri documentati, pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella			**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**		Distribuzionme controllata con questionario di comprensione del PR01SITRA Prevenzione e trattamento Lesioni da Pressione; IO01PR01SITRA Corretta gestione servizio noleggio sup_antidecubito e indagine prevalenza 2017.
90	MEDICO	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Definizione o revisione procedure specifiche di struttura	Definizione, pubblicazione e distribuzione con Talete	Pubblicazione e distribuzione con Talete	Burato	**X**	**X**								Definita e distribuita IO04DHAL Agenda unica di prenotazione gestione posti DH e MAC; e Protocollo Diabete in gravidanza
91	MEDICO	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonchè i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO) Definizione e distribuzione controllata dell' Istruzione Operativa Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (IO05PRCIO14 ASST MANTOVA)	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**		Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete IO05PRCIO14 Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (Report Talete nominale di lettura e comprensione del documennto)
	NEUROSCIENZE	**Dimensione di performance**	**Obiettivo**	**Descrizione obiettivo e indicatori**	**Atteso 2018**	**Criterio di calcolo/valutazione**	**Responsabile valutazione**	**Maxillo-Facciale**	**Dermatologia**	**Neurologia**	**Oculistica**	**ORL**	**Riabilitazione Pieve**	**Riabilitazione Bozzolo**	**Medicina Fisica e Riabilitativa Mantova**		**Monitoraggio (data firma se ok)**
92	NEUROSCIENZE	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Accreditamento, Qualità; Sicurezza e Appropriatezza delle prestazioni	Definizione Elenco Linee Guida secondo Legge 24/17	Evidenza	Valutazione SI-NO > documento Ricognizione elenco Linee Guida sottoscritte da Responsabile Struttura, Coordinatore e Direttore Medico di Presidio	Burato	X	X	X	X	X	X	X			Definite Linee Guida per tutte le UU.OO del Dipartimento ad eccezione di: Neurologia, Oculistica, Riabilitazione Bozzolo
93	NEUROSCIENZE	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Appropriatezza prescrittiva	Appropriatezza prescrittiva protesica maggiore e integrativa: adesione alle azioni di implementazione e sviluppo del nuovo modello organizzativo e di processo	Evidenza	Valutazione da parte del SUPI attraverso analisi a campione pratiche, nell'ambito della sua funzione di verifica e controllo dell'appropriatezza prescrittiva	Superbi							X			Azione rendicontata dal responsabile valutazione
94	NEUROSCIENZE	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Percorso Demenza	Messa a regime presa in carico; Indicatore n° pz presi in carico vs target programmato da PDTA	100%	Se n° pz presi in carico > = target programmato > 100% se n° pz presi in carico vs programmati <100% in proporzione	Bellani			X							Azione rendicontata dal responsabile valutazione
95	NEUROSCIENZE	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Percorso DSM	Gestione/presa in carico dei pazienti afferenti al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze nella loro totalità, comprese le patologie di confine: elaborazione PDTA da percorso di gestione/presa in carico integrata adolescenza, età adulta e pazienti doppia diagnosi approvato nel 2017.	Evidenza PDTA	(MdU) evidenza si/no - attivazione azioni previste dai percorsi/PDTA condivisi	Capovilla			X							Azione rendicontata dal responsabile valutazione
96	NEUROSCIENZE	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Rete Udito	Implementazione delle soluzioni organizzative finalizzate a migliorare e ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali a garanzia dell'appropriatezza di cura e della continuità assistenziale con particolare riguardo alle indicazioni terapeutiche per gli impianti cocleari, con particolare attenzione a quelli effettuati nell'età infantile	Valutazione azioni e progressiva (eventuale) implementazione sostenibile	se progetto presentato a DS > 100% se elaborazione ma progetto non concluso entro anno > 50% 0% negli altri casi	Burato					X					Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
97	NEUROSCIENZE	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Rete Stroke	Miglioramento/Consolidamento obiettivi reti e PDTA regionali (Stroke)	2018 migliore 2017	Confronto con anno precedente, media RL e target da cruscotto regionale (valutazione proporzionale)	Burato - Ventura			X			X	X			Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
98	NEUROSCIENZE	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Risk Management - Area Terapia Intensiva e sale operatorie	Adesione alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica nell'ambito di area chirurgica	- monitoraggio con adesione del 100% alle azioni previste nel piano di risk management 2018; - attivazione di gruppi di miglioramento multidisciplinari per la costruzione e la diffusione di percorsi di aderenza alle buone pratiche	azioni a cui si è aderito vs azioni previste da piano di risk management (proporzionale)	Burato	X		X	X	X					Vedi scheda rendicontazione progetto RM "Progetto Sicurezza del paziente in sala operatoria" 2018
99	NEUROSCIENZE	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Valutazione multidisciplinare	APPROCCIO MUTIDISCIPLINARE AI TUMORI DEL DISTRETTO TESTA-COLLO - DIOTERAPIA, NEUROCHIRURGIA	progetto ed evidenza	se progetto presentato a DS > 100% se elaborazione ma progetto non concluso entro anno > 50% 0% negli altri casi	Ciccone	X		X		X					Azione rendicontata dal responsabile valutazione
100	NEUROSCIENZE	Valutazione performance	INDICATORI PNE e NETWORK	Consolidamento/miglioramento performance in base ad indicatori PNE e NETWORK monitorati da Regione Lombardia attraverso Cruscotto Regionale	Consolidamento indicatori/aree di performance già in fascia verde; Per le restanti aree: miglioramento indicatori di performance per conseguire fascia verde	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale --> 0%	Burato - Bongiovanni			X			1				Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
101	NEUROSCIENZE	Valutazione performance	indicatori di outcome	Ricoveri ripetuti	Approfondimento indicatore e Miglioramento	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale -->0%	Burato - Bongiovanni			X							Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia

PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2018

	Dipartimento	Dimensione di performance	Obiettivo	Descrizione obiettivo e indicatori	Risultato atteso 2018	Criterio di calcolo/valutazione	Responsabile valutazione										Monitoraggio (data firma se ok)
102	**NEUROSCIENZE**	Valutazione performance	indicatori di outcome	Ritorni in sala operatoria	'Approfondimento indicatore e Miglioramento	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale -->0%	Burato - Bongiovanni			X								Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
103	**NEUROSCIENZE**	Valutazione performance	indicatori di risk adjustment	Durata Media della Degenza	'Approfondimento indicatore e Miglioramento	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale -->0%	Burato - Bongiovanni			X								Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
104	**NEUROSCIENZE**	Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Appropriatezza prescrittiva prestazioni per interni	Sviluppo e attuazione azioni di miglioramento appropriatezza richiesta prestazioni per interni (per pazienti degenti) in collaborazione anche con i servizi erogatori; indicatore: valore prestazioni per punto DRG 2018 vs 2017	Riduzione	(per i Servizi erogatori) Se individuata area di azione specifica: proporzionale > costo per punto DRG (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per area individuata Se non individuata area di azione: proporzionale > costo per punto (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per prestazioni per in totale (per specifico servizio)	Burato-Ventura	1	X	X	X	X	X	X		La valutazione considera come azione specifica il governo di tutte le tipologie di prestazioni richieste e misurate.	Azione rendicontata dal responsabile valutazione
105	**NEUROSCIENZE**	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Presa in carico paziente domiciliare portatore di ulcera venosa	PDTA definito, validato e distribuito	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella		**X**								Azione rendicontata dal responsabile valutazione
106	**NEUROSCIENZE**	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Presa in carico paziente affetto da deficit dell'acuità visiva (ortottista)	Istruzione Operativa per presa in carico ortottista paziente affetto da deficit dell'acuità visiva definita, validata e distribuita	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella				**X**						Azione rendicontata dal responsabile valutazione
107	**NEUROSCIENZE**	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Test neutofisiologici per la diagnosi delle disfunzioni neurogene della zona sacrale (TNFP)	Istruzione Operativa "Potenziali evocati somatosensoriali del pavimento pelvico" definita, validata e distribuita	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella			**X**							Azione rendicontata dal responsabile valutazione
108	**NEUROSCIENZE**	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Uniformare nelle riabilitazioni aziendali la presa in carico riabilitativo del paziente con dismorfismo del rachide secondo evidenze scientifiche e linee guida ISICO	PDTA per la presa in carico riabilitativa dei pazienti con dismorfismo del rachide definito, validato e distribuito	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella						**X**	**X**	**X**		Azione rendicontata dal responsabile valutazione
109	**NEUROSCIENZE**	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Uniformare la presa in carico da parte del logopedista del paziente con disfagia, disartria e afasia mediante l'uso di scale di valutazione	Istruzione Operativa per la "somministrazione di scale di valutazione in paziente con disfagia, disartria e afasia" definita, validata e distribuita	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella	**X**				**X**	**X**	**X**			Azione rendicontata dal responsabile valutazione
110	**NEUROSCIENZE**	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Uniformare la presa in carico da parte dell'audiometrista del paziente affetto da acufeni	Istruzione Operativa "Sound therapY per la presa in carico da parte dell'audiometrista del paziente affetto da acufeni" definita, validata e distribuita	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato, Vallicella					**X**					Azione rendicontata dal responsabile valutazione
111	**NEUROSCIENZE**	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonchè i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO)	Definizione e distribuzione controllata dell' Istruzione Operativa Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (IO05PRCIO14 ASST MANTOVA)	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**		Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete IO05PRCIO14 Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (Report Talete nominale di lettura e comprensione del documento)
112	**NEUROSCIENZE**	Obiettivo RAR Dirigenza	Macro obiettivo N.3: Applicazione/revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici inerenti le condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, Individuate dalle 17 Raccomandazioni Ministeriali. In particolare: Raccomandazione ministeriale n 02 per prevenire la ritenzione di garze strumenti o atro materiale all'interno del sito chirurgico; Raccomandazione ministeriale n 03 per la corretta identificazione dei pazienti del sito chirurgico e della procedura ; Manuale per la sicurezza in sala operatoria	1. Partecipazione agli interventi di informazione e formazione sul nuovo Regolamento di accesso e dei percorsi dei Blocchi Operatori / lettura e comprensione del documento 2. Applicazione delle nuove procedure	distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete. Incontri seminariali di presentazione documentazione. Audit nei 3 Blocchi operatori	Evidenza di partecipazione ai seminari di presentazione della nuova documentazione / Evidenza di lettura e comprensione del documento / evidenza di applicazione delle nuove procedure (rapporto di udit)	Burato	**X**			**X**	**X**					1. Registri 4 seminari ECM (IDCPD 128068,1,2,3,4, PG 158/2018) .Evidenza di lettura e comprensione del testo del PrSI018OAZ PrSI018OAZ Percorsi Operatori, Pazienti e Materiali e Mantenimento dei Percorsi "Pulito" e "Sporco" nei Blocchi Operatori AZIENDALI 2. Rapporto di Audit Blocchi operatori Mantova, Asola, Destra secchia (evento ECM ID 133554; PG158/20189)
	SERVIZI	**Dimensione di performance**	**Obiettivo**	**Descrizione obiettivo e indicatori**	**Atteso 2018**	**Criterio di calcolo/valutazione**	**Responsabile valutazione**	**Medicina Nucleare**	**Radiologia Mantova**	**Neuro Radiologia**	**Radiologia Pieve**	**Radioterapia**	**Anatomia Patologica**	**Laboratori**	**SIMT**		**Monitoraggio (data firma se ok)**
113	**SERVIZI**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Appropriatezza farmaceutica	Promozione utilizzo mezzi di contrasto alternativi sulla base del protocollo di utilizzo appropriato dei mezzi di contrasto a minor costo e a parità di efficacia, elaborato da programmazione 2017	Attivazione protocollo e entro fine anno riduzione di almeno il 10%	criterio proporzionale su andamento riduzione consumi in termini di costi (correlato alla produzione)	Saccardi		X		X						Azione rendicontata dal responsabile valutazione
114	**SERVIZI**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Piede diabetico	Applicazione e sviluppo percorso definito da programmazione 2017	Relazione trimestrale condivisa su dinamica di progressiva applicazione (stato avanzamento) e risultati conseguiti nell'ottica di migliorare gli outcome ed esiti	se tre relazioni condivise tra i vari responsabile delle UO coinvolte > 100% se 2 relazione condivise tra i vari responsabile delle UO coinvolte > 50% se 1 relazione condivise tra i vari responsabile delle UO coinvolte > 0% Nelle relazioni deve emergere la multidisciplinarietà dell'offerta assistenziale garantita ai pazienti, altrimenti conseguimento comunque 50%	Bongiovanni		X					X	X		Azione rendicontata dal responsabile valutazione
115	**SERVIZI**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Percorsi integrati "acuto" - territorio	Continuità e programmazione per massimizzazione utilizzo appropriato setting di cura e risposte assistenziali .Partecipazione ai gruppi di lavoro/evidenza della presa in carico dei percorsi individuati	Evidenza della presa in carico dei percorsi individuati/ partecipazione ai gruppi di lavoro	Evidenza SI/NO; eventuali azioni collegate a sviluppo presa in carico	Basili	X	X		X	X	X	X	X		Azione rendicontata dal responsabile valutazione
116	**SERVIZI**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	ROL	Miglioramento/Consolidamento obiettivi reti e PDTA regionali (Mammella-Colon retto)	Consolidamento/ miglioramento rispetto a 2017	Confronto con anno precedente, media RL e target da cruscotto regionale (valutazione proporzionale)	Burato - Ventura		X			X	X				Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
117	**SERVIZI**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Percorso Urgenze	Accordi e percorsi formativi con RSA per riduzione accessi impropri al pronto soccorso	Compliance nell'impostazione e nelle azioni attuative per il conseguimento della riduzione degli accessi al PS in oggetto	Approvazione accordo con RSA e avvio percorsi definiti nell'accordo > 100% solo approvazione accordo > 50% 0% negli altri casi	Basili								X		Azione rendicontata dal responsabile valutazione
118	**SERVIZI**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Valutazione multidisciplinare	Valutazione multidisciplinare per definizione del miglior trattamento Indicatore: n° casi discussi Sviluppo interfaccia su Galileo per implementazione applicativo per gestione team multidisciplinari (compatibilmente con disponibilità programma)	2018 > 2017	Se n° pz 2018>2017 100% se n° pz 2018<2017 in proporzione	Direttori UO	X	X			X	X				Azione rendicontata dal responsabile valutazione
119	**SERVIZI**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Accreditamento, Qualità; Sicurezza e Appropriatezza delle prestazioni	Definizione Elenco Linee Guida secondo Legge 24/17	Evidenza	Valutazione SI-NO > documento Ricognizione elenco Linee Guida sottoscritte da Responsabile Struttura, Coordinatore e Direttore Medico di Presidio	Burato	X	X	X	X	X	X	X	X		Definite Linee Guida per tutte le UU.OO del Dipartimento ad eccezione della U.O. Radioterapia

PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2018

	Dipartimento	Dimensione di performance	Obiettivo	Descrizione obiettivo e indicatori	Risultato atteso 2018	Criterio di calcolo/valutazione	Responsabile valutazione										Monitoraggio (data firma se ok)
120	**SERVIZI**	Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Appropriatezza prescrittiva prestazioni per interni	Sviluppo e attuazione azioni di miglioramento appropriatezza richiesta prestazioni per interni (per pazienti degenti) in collaborazione anche con i reparti; indicatore: valore prestazioni per punto DRG 2018 vs 2017	Riduzione	(per i Servizi erogatori) Se individuata area di azione specifica: proporzionale > costo per punto DRG (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per area individuata Se non individuata area di azione: proporzionale > costo per punto (o per caso) IV trim 2018 vs I sem 2018 per prestazioni per in totale (per specifico servizio)	Burato-Ventura	X	X	x	X		X	X	X		Azione rendicontata dal responsabile valutazione
121	**SERVIZI**	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Revisionare i Piani di addestramento del personale tecnico	Piani di addestrmanto revisionati e validati	Pubblicazione con Talete	Burato, Vallicella	X	X	X	X	X	X	X	X		Azione rendicontata dal responsabile valutazione
122	**SERVIZI**	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonché i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO)	Definizione o revisione procedure specifiche di struttura	Definizione, pubblicazione e distribuzione con Talete	Pubblicazione e distribuzione con Talete	Burato						X				Revisione PrSANP02 Laboratorio citologia e PrSANP03 Laboratorio Istologia
123	**SERVIZI**	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonché i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO)	Definizione e distribuzione controllata dell' Istruzione Operativa Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (IO05PRCIO14 ASST MANTOVA)	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato	X	X	X	X	X					Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete IO05PRCIO14 Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (Report Talete nominale di lettura e comprensione del documennto)
124	**SERVIZI**	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonché i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO)	Distribuzione controllata del PRCIO32 "Protocollo per l'igiedelle mani e uso dei guanti"	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato								X		Distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete PRCIO32 (Report Talete nominale di lettura e comprensione del documennto)
	DSMD	**Dimensione di performance**	**Obiettivo**	**Descrizione obiettivo e indicatori**	**Atteso 2018**	**Criterio di calcolo/valutazione**	**Responsabile valutazione**	**NPI**	**Mantova 1**	**Mantova 2**	**Governo dei processi territoriali di psichiatria**	**Ser.D.**					**Monitoraggio (data firma se ok)**
125	**DSMD**	Sviluppo azioni di miglioramento Piano di Miglioramento Aziendale e di Risk Management	Accreditamento, Qualità; Sicurezza e Appropriatezza delle prestazioni	Definizione Elenco Linee Guida secondo Legge 24/17	Evidenza	Valutazione SI-NO > documento Ricognizione elenco Linee Guida sottoscritte da Responsabile Struttura, Coordinatore e Direttore Medico di Presidio	Burato	X	X	X	X	X					Definite Linee Guida per tutte le UU.OO del Dipartimento ad eccezione SPDC Destra Secchia
126	**DSMD**	Qualità dei processi organizzativi	INDICATORI PNE/NETWORK	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	miglioramento performance con posizionamento sul verde	Dinamica da cruscotto regionale: -Se fascia verde o miglioramento fascia rispetto al 2017 --> 100%; - se stessa fascia 2017, ma miglioramento rispetto mediana regionale o trend in miglioramento II° semestre vs I° semestre --> 85%; - se peggioramento fascia, ma miglioramento scostamento rispetto alla mediana regionale --> 50%; - se peggioramento fascia e peggio anche mediana regionale -->0%	Burato - Bongiovanni		X	X								Vedi Rapporto di Audit 2018 Reti di Patologia
127	**DSMD**	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonché i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO)	Definizione e distribuzione controllata dell' Istruzione Operativa Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (IO05PRCIO14 ASST MANTOVA)	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**					Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete IO05PRCIO14 Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (Report Talete nominale di lettura e comprensione del documennto)
	DIREZIONE SANITARIA	**Dimensione di performance**	**Obiettivo**	**Descrizione obiettivo e indicatori**	**Atteso 2018**	**Criterio di calcolo/valutazione**	**Responsabile valutazione**	**Blocco Operatorio Mantova**	**Blocco Operatorio Asola**	**Blocco Operatorio Pieve**	**DMP**	**REMS**	**Vaccinazioni**				**Monitoraggio (data firma se ok)**
128	**DIREZIONE SANITARIA**	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.3: Applicazione/revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici inerenti le condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, Individuate dalle 17 Raccomandazioni Ministeriali. In particolare: Raccomandazione ministeriale n 02 per prevenire la ritenzione di garze strumenti o atro materiale all'interno del sito chirurgico; Raccomandazione ministeriale n 03 per la corretta identificazione dei pazienti del sito chirurgico e della procedura ; Manuale per la sicurezza in sala operatoria	1. Revisione del regolamento di accesso e dei percorsi dei Blocchi Operatori – 2. Definizione sistema di monitoraggio e verifica dell'applicazione delle procedure: indicatori e checklist di controllo 3. Interventi di interventi di informazione e formazione 4. effettuazione sopraluoghi di verifica rispetto standard definiti 5. Raccolta dati indicatori relativi al periodo ottobre – dicembre 2018	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete. Incontri seminariali di presentazione documentazione. Audit nei 3 Blocchi operatori	Burato	**X**	**X**	**X**	**X**							Registri 4 seminari ECM (IDCPD 128068,1,2,3,4, PG 158/2018) Rapporto di Audit Blocchi operatori Mantova, Asola, Destra secchia (evento ECM ID 133554; PG158/20189)
129	**DIREZIONE SANITARIA**	Obiettivo RAR Comparto e Dirigenza	Macro obiettivo N.2: efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica tecnica e amm.va nonché i servizi di genere verso l'utenza (anche attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO /PIMO)	Definizione e distribuzione controllata dell' Istruzione Operativa Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (IO05PRCIO14 ASST MANTOVA)	Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete	Pubblicazione e distribuzione controllata con Talete	Burato					**X**					Definizione, pubblicazione e distribuzione con questionario di comprensione del testo con Talete IO05PRCIO14 Sorveglianza e gestione dei pazienti colonizzati o infetti da CPE/CRE (Report Talete nominale di lettura e comprensione del documennto)
130	**DIREZIONE SANITARIA**	SITRA	Obiettivo Probuttività Comparto	Definizione o Revisionare documentazione specifica	Documentazione emessa revisionati e validati	Pubblicazione con Talete	Burato, Vallicella					**X**	**X**				Azione rendicontata dal responsabile valutazione

Monitoraggio finale 20/12/2018