

PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2019

N.	Dipartimento	Obiettivo/Recomandazione	Azione di Miglioramento / Fai	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione										Responsabile monitoraggio	Monitoraggio (data Firma se ok)
	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	Obiettivo/Recomandazione	Azione di Miglioramento / Fai	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione	Cardio Chirurgia	Cardiologia Medica	Cardiologia Percu	Chirurgia Toracica	Chirurgia Vascolare	Pneumologia	Cardio espiratoria			Responsabile valutazione	Monitoraggio (data Firma se ok)
1	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	miglioramento dell'utilizzo degli strumenti del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico	Formazione dei coordinatori per utilizzo di Talete (gestione non conformità, segnalazioni rischio clinico, documentazione)	Partecipazione di almeno 80% dei coordinatori / delegati al corso organizzato da Talete	Firme di presenza	Struttura Qualità, Coordinatori e Responsabili di UO, Struttura Formazione	entro31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Attuate 2 edizioni di 3 ore per 80 coordinatori ASST Mercoledì 27 novembre 2019
2	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	Adesione alle buone pratiche	Formazione «Giornate della Clinical Governance»	Condizione a livello di dipartimento di Linee Guida/PDTA/Protocolli/Buone Pratiche quali strumenti di Clinical Governance	realizzazione delle giornate formative	Struttura Qualità, Coordinatori e Direttori di LU/OO, Formazione	entro31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Da pianificare nel 2020
3	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	GDM PDTA piede diabetico- attività ambulatoriale di vulvodologia (Ambulatorio, Dip. Medico, Dip. CVT)	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019					X					Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Nosi	Attivazione ambulatorio vulvodologico.
4	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	GDM «Gestione del paziente cronico in ambulatorio Antifumo»	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019							X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Guia Cimolino	INMESSO POTARE GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO PRESSO L'AMBITORIO ANTIFUMO
5	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	GDM revisione PDTA SLA	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019							X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Nosi	PDTA47 (SLA) PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA.
6	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	GDM revisione PDTA su con scompenso cardiaco refrattario	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	04/12/2019		X	X							Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Nosi	Emessa REV. 1 PDTA 38 Percorso Trattamento integrato in controllo ospedale territoriale dei pazienti con scompenso cardiaco no option
7	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	appropriatazza dispositivi medici	GDM sull'appropriatezza utilizzo Dispositivi Medici afferente attenzione al processo di programmazione e monitoraggio, in particolare per i dispositivi ad alto costo	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte (partecipazione al GdM)	Coordinatore GdM	entro 30.12.2019	X	X	X	X	X	X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Camilla Trion	Obiettivo rimosciuto, vedi relazione integrativa del 31/10/2019 per il rinvio di valutazione
8	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	implementazione Raccomandazione Ministeriale n° 18 prevenzione degli ematomi in terapia con agenti antiaggreganti/anticoagulanti, acronimi, sigle e simboli	Aggiornamento degli Azzurri (secondo raccomandazione ministeriale)	Ogni LU/OO del dipartimento partecipa all'aggiornato fabbisogno degli acronimi	Elenco degli Azzurri Aziendale (sigle sanitarie e assistenziali in uso presso l'ASST DI MANTOVA) completo, aggiornato e pubblicato	Direttori e coordinatori delle LU/OO	08/03/2019	X	X	X	X	X	X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Elenco acronimi aziendale aggiornato
9	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	GDM per la revisione del PDTA 53 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO per l'integrazione Clinical Manager ASST Manager e Clinical Manager MMG/PNE - definizione percorso / profilo condicio di almeno una patologia di afferenza tra quelle mappate	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019		X	X			X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Nosi	Obiettivo rimosciuto, vedi relazione integrativa del 31/10/2019 per il rinvio di valutazione
10	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	Consolidamento/miglioramento performance in base ad indicatori PNE e NETWORK monitorati da Regione Lombardia attraverso Cruscotto Regionale	Audit clinico per ogni Unità Operativa nel rispetto della Legge 24 in virtù delle linee Guida/protocolli clinici elaborati (spetti clinici di team, indicatori PNE, reti di patologia)	Finalizzazione di almeno 1 audit clinico per Struttura	Finalizzazione audit clinici, Report di audit clinico	Struttura Qualità, Responsabili e coordinatori di LU/OO	31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	ok vedi elenco audit clinici 2019
11	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	Adesione alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica nell'ambito di area chirurgica	Applicazione delle nuove Checklist Ministeriale di Sicurezza in Chirurgia 2.0 al fine di individuare le aree critiche sulle quali sarà necessario definire azioni di miglioramento (in particolare ambulatorio profassi in chirurgia e misure igienico-sanitarie degli operatori)	Aderenza agli standard delle Checklist Ministeriale di Sicurezza in Chirurgia 2.0	Rapporti di audit organizzativi Gruppi Operatori Aziendali	Direzioni mediche di Presidio - SCR	24/10/2019	X			X	X					Organizzare due date per incontro formativo	Organizzare due giornate formative per la presentazione delle Check 2.0. Eseguire audit nei blocchi operatori delle tre presidi. Peer review
12	CARDIO-TORACICO-VASCOLARE	Misurare l'aderenza agli standard definiti da Regione Lombardia per le performance sanitarie	Compilazione della check list di autovalutazione delle performances qualitative di Regione Lombardia	Autovalutazione delle performances qualitative per la parte di competenza per le LU/OO	Check list compilate e inviate a SCR nei tempi stabiliti	Struttura qualità, coordinatori e responsabili di UO	15/01/2020	X	X	X	X	X	X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Ok Check list compilate inviate entro il 15 gennaio
	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Obiettivo/Recomandazione	Azione di Miglioramento / Fai	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione	Chirurgia Mastrea	Chirurgia Senologica	Chirurgia Pcru	Chirurgia Endoprotesologia e Endoprotesia Digestiva	Chirurgia Mastrea	Chirurgia Dextra Secchia	Urologia			Responsabile monitoraggio	Monitoraggio (data Firma se ok)
13	CHIRURGICO ORTOPEDICO	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	GDM 26_2018 PDTA paziente portatore di STOME urinarie e intestinali (Chirurgia e Urologia) validazione del percorso e applicazione	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019	X						X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Nosi	Definita bozza percorso in DISA per approvazione, apertura ambulatorio dedicato
14	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Misurare l'aderenza agli standard definiti da Regione Lombardia per le performance sanitarie	Compilazione della check list di autovalutazione delle performances qualitative di Regione Lombardia	Autovalutazione delle performances qualitative per la parte di competenza per le LU/OO	Check list compilate e inviate a SCR nei tempi stabiliti	Struttura qualità, coordinatori e responsabili di UO	15/01/2020	X	X	X	X	X	X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Ok Check list compilate inviate entro il 15 gennaio. Fatta eccezione per ON Surgery Aosta
15	CHIRURGICO ORTOPEDICO	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	GDM 33_2018PDTA Cistite interstiziale (Ginecologia- Urologia) validazione del percorso e applicazione	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019							X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	PDTA103 PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SU PAZIENTI CON ACICENTRATA O SOPRETTA CISTITE INTERSTIZIALE
16	CHIRURGICO ORTOPEDICO	miglioramento dell'utilizzo degli strumenti del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico	Formazione dei coordinatori per utilizzo di Talete (gestione non conformità, segnalazioni rischio clinico, documentazione)	Partecipazione di almeno 80% dei coordinatori / delegati al corso organizzato da Talete	Firme di presenza	Struttura Qualità, Coordinatori e Responsabili di UO, Struttura Formazione	entro31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Attuate 2 edizioni di 3 ore per 80 coordinatori ASST Mercoledì 27 novembre 2019
17	CHIRURGICO ORTOPEDICO	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	GDM PDTA tumori colon retto (Chirurgia - Endoscopia digestiva, Anatomia Patologica, Radiologia, Radiologia, Oncologia, Cure Palliative)	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019	X		X							Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Nosi	Definizione percorso multidisciplinare della gestione del paziente con tumore del colon retto.
18	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Adesione alle buone pratiche	Formazione «Giornate della Clinical Governance»	Condizione a livello di dipartimento di Linee Guida/PDTA/Protocolli/Buone Pratiche quali strumenti di Clinical Governance	realizzazione delle giornate formative	Struttura Qualità, Coordinatori e Direttori di LU/OO, Formazione	entro31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Da pianificare nel 2020
19	CHIRURGICO ORTOPEDICO	miglioramento delle prestazioni endoscopiche	GDM studio di fattibilità realizzazione NORA Endoscopia Digestiva Destra Secchia	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	4/8/20				X						Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Definito GdM per revisione protocollo sedazione prototipe nel 2020
20	CHIRURGICO ORTOPEDICO	appropriatazza dispositivi medici	GDM sull'appropriatezza utilizzo Dispositivi Medici afferente attenzione al processo di programmazione e monitoraggio, in particolare per i dispositivi ad alto costo	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte (partecipazione al GdM)	Coordinatore GdM	entro 30.12.2019	X	X	X	X	X	X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Camilla Trion	Obiettivo rimosciuto, vedi relazione integrativa del 31/10/2019 per il rinvio di valutazione
21	CHIRURGICO ORTOPEDICO	miglioramento delle prestazioni endoscopiche	GDM per la certificazione del PDTA 80 Percorso Diagnostico Terapeutico per la gestione della persona con carcinoma della prostata	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019							X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Nosi	PDTA88 Gestione multidisciplinare del paziente con carcinoma della prostata. Percorso certificato ISO
22	CHIRURGICO ORTOPEDICO	Adesione alle buone pratiche	Audit clinico per ogni Unità Operativa nel rispetto della Legge 24 in virtù delle linee Guida/protocolli clinici elaborati (spetti clinici di team, indicatori PNE, reti di patologia, Reti Chirurgia Generale Oncologica, Chirurgia Senologica)	Finalizzazione di almeno 1 audit clinico per Struttura	Finalizzazione audit clinici, Report di audit clinico	Struttura Qualità, Responsabili e coordinatori di LU/OO	31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	ok vedi elenco audit clinici 2019

PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2019

N.	Dipartimento	Oblivio/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Fai	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione											Responsabile valutazione	Monitoraggio (data firma se ok)
23	CHIRURGICO ORTOPEDO	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n° 18 prevenzione degli errori in terapia consegnati all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Aggiornamento degli Acronimi (secondo raccomandazione ministeriale)	Ogni LU.OO del dipartimento partecipa all'aggiornamento l'elenco degli acronimi	Elenco degli Acronimi Aziendali (sigle sanitarie e assistenziali) in uso presso l'ASST DI MANTOVA) completo, aggiornato e pubblicato	Direttori e coordinatori delle LU.OO	08/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Elenco aggiornato
24	CHIRURGICO ORTOPEDO	Adozione alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica nell'ambito di area chirurgica	Applicazione delle nuove Checklist Ministeriale di Sicurezza in Chirurgia 2.0 al fine di individuare le aree critiche sulle quali sarà necessario definire azioni di miglioramento (in particolare ambulatorio profassi in chirurgia e misure igienico-sanitarie degli operatori)	Adesione agli standard della Checklist Ministeriale di Sicurezza in Chirurgia 2.0	Rapporti di audit organizzativi Gruppi Operatori Aziendali	Direttori mediche di Presidio - SQR	04/10/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Organizzate due giornate formative per la presentazione della Check 2.0. Eseguiti audit nei blocchi operatori (tre presidi).
25	CHIRURGICO ORTOPEDO	Informazione Cartella Clinica Chirurgia Generale, Urologia e Chirurgia Senologica	Completamento dell'informazione Cartella Clinica Chirurgia Generale, Urologia e Chirurgia Senologica				31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	informazione completa
26	DSMD	Oblivio/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Fai	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione	NPI	Master+1	Master+2	Governi dei processi territoriali di psichiatrica	SRSD						Responsabile valutazione	Monitoraggio (data firma se ok)
26	DSMD	Adozione alle buone pratiche	Formazione «Giornate della Clinical Governance»	Condivisione a livello di dipartimento di Linee Guida/POTA/Protocolli/Buone Pratiche quali strumenti di Clinical Governance	realizzazione delle giornate formative	Struttura Qualità, Coordinatori e Direttori di LU.OO, Formazione	09/03/22/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Da pianificare nel 2020
27	DSMD	Miglioramento dell'utilizzo degli strumenti del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico	Formazione dei coordinatori per utilizzo di Talete (gestione non conformità segnalazioni rischio clinico, documentazione)	Partecipazione di almeno 80% dei coordinatori / delegati al corso organizzato da Talete	Firme di presenza	Struttura Qualità, Coordinatori e Responsabili di LUO, Struttura Formazione	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Attivate 2 edizioni di 3 ore per 60 coordinatori ASST Mercoledì 27 novembre 2019
28	DSMD	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM Diagnosi precoce da uso di sostanze in collaborazione con NPI, Psichiatra e Consulenti	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Patologia Cronici	INSERIT PIANO DI CURA GENERALE SERVIZIO FARMACIALE PER LE TOSSICODIPENDENZE
29	DSMD	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM SERO > progetto GAP e riorganizzazione rete di offerta	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Piano di cura SERO
30	DSMD	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n° 18 prevenzione degli errori in terapia consegnati all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Aggiornamento degli Acronimi (secondo raccomandazione ministeriale)	Ogni LU.OO del dipartimento partecipa all'aggiornamento l'elenco degli acronimi	Elenco degli Acronimi Aziendali (sigle sanitarie e assistenziali) in uso presso l'ASST DI MANTOVA) completo, aggiornato e pubblicato	Direttori e coordinatori delle LU.OO	08/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Elenco acronimi aziendale aggiornato
31	DSMD	Adozione alle buone pratiche	Audit clinico per ogni Unità Operativa nel rispetto della Legge 24 in virtù della Linea Guida/protocolli clinici dichiarati	Pianificazione di almeno 1 audit clinico per Struttura	Pianificazione audit clinico; Report di audit clinico	Struttura Qualità, Responsabili e coordinatori di LU.OO	31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Enrico Barotto, Claudio Biasi	ok viene elenco audit clinici 2019
32	DSMD	Misurare l'aderenza agli standard definiti da Regione Lombardia per le performance sanitarie	Compilazione della check list di autovalutazione delle performances qualitative di Regione Lombardia	Autovalutazione delle performances qualitative per la parte di competenza per le LUOO	Check list completa e inviata a SQR nei tempi stabiliti	Struttura qualità, coordinatori e responsabili di LUO	15/01/2020	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Ok Check list complete inviate entro il 15 gennaio. Fatta eccezione per SPDC MN
33	DSMD	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM Aggiornamento ed adeguamento dei comportamenti alla Raccomandazione prevenzione atti suicidari	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Patologia Cronici	Emissione Rev 1 P3OLM008
34	DSMD	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM Diagnosi precoce dei disturbi da doppia diagnosi	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Patologia Cronici	POTA 32 Gestione dei pazienti con condizioni cliniche di comorbilità tra disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze e addizioni
35	DSMD	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM Gestione delle dipendenze. Sviluppo dei progetti di continuità ospedale territorio per la presa in carico delle dipendenze e della gestione delle emergenze (SERO, DSM, dip. Emergenza urgenza)	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Patologia Cronici	Da revisionare POTA 44 Progetto pazienti affetti da grave stato di agitazione psicomotoria a varia genesi. Sono stati fatti 2 incontri, revisione del protocollo operativo
36	DSMD	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM Neuropsichiatria infantile: percorsi di presa in carico adolescenza e presidiolenza	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Patologia Cronici	POTA09 Continuità del percorso di cura per pazienti con disturbi complessi e atipici: dalla MP ai servizi per l'età adulta (Transizioni)
37	DSMD	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM Piano di crisi per il giovane adulto	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Patologia Cronici	Completata documentazione clinica da utilizzare per la gestione della crisi in SPDC
38	EMERGENZA URGENZA	Oblivio/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Fai	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione	Assistente Anale	Medicina D'Urgenza	Reanimazione Neonatale	Reanimazione Peds	PS Nuova	PS Peds	PS Anale				Responsabile valutazione	Monitoraggio (data firma se ok)
38	EMERGENZA URGENZA	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM 13_2018 Percorsi Brevi in PS (Fast Track) e miglioramento del percorso organizzativo e di rendicontazione	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Nesi	Preparata bozza del percorso in attesa dell'attivazione del sistema informatizzato di registrazione e chiusura del verbale di PS
39	EMERGENZA URGENZA	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM Gestione delle dipendenze. Sviluppo dei progetti di continuità ospedale territorio per la presa in carico delle dipendenze e della gestione delle emergenze (SERO, DSM, dip. Emergenza urgenza)	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Nesi	Da revisionare POTA 44 Progetto pazienti affetti da grave stato di agitazione psicomotoria a varia genesi. Sono stati fatti 2 incontri, revisione del protocollo da concludere
40	EMERGENZA URGENZA	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM per la revisione dei Piani di Cura, Protocolli/POTA	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Nesi	Continua nel 2020
41	EMERGENZA URGENZA	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM per la revisione P3OMQ07 Gestione dell'analgesia e anestesia ostetrica (postnatale) e definizione sistema di governo per il conseguimento delle obiettivi target del percorso	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Nesi	Emissione Rev 1 P3OMQ07
42	EMERGENZA URGENZA	adeguatezza dispositivi medici	SGM sull'appropriatezza utilizzo Dispositivi Medici affermare attenzione al processo di programmazione e monitoraggio, in particolare per i dispositivi ad alto costo	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte (partecipazione al GdM)	Coordinatore GdM	entro 30.12.2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Camilla Tron	Obiettivo rimosso, vedi relazione integrativa del 21/02/2019 per il nuovo di valutazione
43	EMERGENZA URGENZA	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM per la definizione del POTA / Piani Cura per la gestione del paziente di Pronto Soccorso nella diagnostica per immagini	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Nesi	EMMISSIONE P3ARMO08 GESTIONE DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO CHE NECESSITA DI PRECAZIONI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINE
44	EMERGENZA URGENZA	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SGM Sala riavvio / Recovery room: definizione modalità operative e implementazione	80% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	09/03/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Definito piano di cura
45	EMERGENZA URGENZA	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n° 18 prevenzione degli errori in terapia consegnati all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Aggiornamento degli Acronimi (secondo raccomandazione ministeriale)	Ogni LU.OO del dipartimento partecipa all'aggiornamento l'elenco degli acronimi	Elenco degli Acronimi Aziendali (sigle sanitarie e assistenziali) in uso presso l'ASST DI MANTOVA) completo, aggiornato e pubblicato	Direttori e coordinatori delle LU.OO	08/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Elenco acronimi aziendale aggiornato
46	EMERGENZA URGENZA	Adozione alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica nell'ambito di area chirurgica	Applicazione delle nuove Checklist Ministeriale di Sicurezza in Chirurgia 2.0 al fine di individuare le aree critiche sulle quali sarà necessario definire azioni di miglioramento (in particolare ambulatorio profassi in chirurgia e misure igienico-sanitarie degli operatori)	Adesione agli standard della Checklist Ministeriale di Sicurezza in Chirurgia 2.0	Rapporti di audit organizzativi Gruppi Operatori Aziendali	Direttori mediche di Presidio - SQR	04/10/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Organizzate due giornate formative per la presentazione della Check 2.0. Eseguiti audit nei blocchi operatori (tre presidi).
47	EMERGENZA URGENZA	Adozione alle buone pratiche	Audit clinico / organizzativo per ogni Unità Operativa nel rispetto della Legge 24 in virtù della Linea Guida/protocolli clinici dichiarati (vedi di protocollo, valutazione percorsi infermieri, valutazione codici triage, POTA Organizzazione POTA paronalgia)	Pianificazione di almeno 1 audit clinico per Struttura	Pianificazione audit clinico; Report di audit clinico	Struttura Qualità, Responsabili e coordinatori di LU.OO	31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	ok viene elenco audit clinici 2019

PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2019

N.	Dipartimento	Obiettivo/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Funz.	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione											Responsabile valutazione	Monitoraggio (data Firma e ok)
48	EMERGENZA URGENZA	Implementazione di audit organizzativi e di mantenimento dei requisiti di accreditamento	Audit organizzativi per la verifica dei requisiti di accreditamento istituzionale (organizzativo e strutturale) specifici	Aderenza ai requisiti di accreditamento istituzionale (organizzativo e strutturale) specifici	Rapporti di audit organizzativi PS Aziendale; Medicina d'Urgenza; Riassistenti	Direzioni mediche di Presidio - SGR	30/06/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Rapporto audit organizzativi allegato n.
49	EMERGENZA URGENZA	Misurare l'aderenza agli standard definiti da Regione Lombardia per la performance sanitaria	Compilazione della check list di autovalutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia	Autovalutazione delle performance qualitative per la parte di competenza per la LUIOO	Check list compilata e inviata a SGR nei tempi stabiliti	Struttura Qualità, coordinatori e responsabili di UIO	15/01/2020	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Ok Check list compilata inviata entro il 15 gennaio
50	EMERGENZA URGENZA	Adesione alle buone pratiche	Formazione «Giornate della Clinical Governance»	Condivisione a livello di dipartimento di Linee Guida/PDTA/Protocolli/Buone Pratiche quali strumenti di Clinical Governance	realizzazione delle giornate formative	Struttura Qualità, Coordinatori e Direttori di LUI.OO, Formazione	entro31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Da pianificare nel 2020
51	EMERGENZA URGENZA	Implementazione dell'utilizzo degli strumenti del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico	Formazione dei coordinatori per utilizzo di Talea (gestione non conformità, segnalazioni rischio clinico, documentazione)	Partecipazione di almeno 80% dei coordinatori / delegati al corso organizzato da Talea	Firme di presenza	Struttura Qualità, Coordinatori e Responsabili di LUIO, Struttura Formazione	entro31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Attivato 2 edizioni di 3 ore per 60 coordinatori ASST Mercoledì 27 novembre 2019
	FRAGILITA'	Valutazione/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Funz.	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione	Care Palliative	Sub-acuti	Fragilità	Gestione Pre/ST e PEF e amb. extra ospedalieri	Care Demenziali	Prevenzione	Conten. Servizi				Responsabile valutazione	Monitoraggio (data Firma e ok)
52	FRAGILITA'	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM 4.2019 -Revisione della documentazione socio sanitaria della SC Cure Palliative Domestici, nell'ottica delle regole di sistema SR 2019 (p. n.346 del 17/12/2018 - cap. 4.3 La rete delle Cure palliative - adozione degli strumenti di valutazione	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019	X										Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Camilla Tron	Emessa nuova documentazione socio sanitaria del SOP, con la quale viene svolta attività di segnalazione e nuovi strumenti di valutazione del paziente rispetto alla patologia di base
53	FRAGILITA'	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM «Gestione del paziente cronico in ambulatorio Antifumo»	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019						X					Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Gaia Ciminello	EMISSO POTARE GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO PRESSO I VAMBULATORIO ANTIFUMO
54	FRAGILITA'	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM «Elaborazione di uno strumento di rilevazione della Customer satisfaction del percorso demenza»	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019			X				X				Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Gaia Ciminello	Definito questionario in fase di sperimentazione
55	FRAGILITA'	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM revisione PDTA 47 SLA	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019	X		X					X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Gaia Ciminello	PDTA47 (SLA) PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPIUTICO PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO SCIOSI LATENTE AMOTROFICA
56	FRAGILITA'	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM Polimorbilità: revisione Piano di Cura con inserimento attività odontoiatrica e differenziazione dell'offerta con Massifaciazione e regolamento inerente le attività odontoiatrica - nuovi LEA	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte (formazione dei medici specialisti, revisione del piano di cura dei polimorbidi secondo i nuovi LEA, e definizione della rete tra specialisti ambulatoriali e chirurgia maxillo facciale)	Coordinatore GdM	entro31/12/2019				X							Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Camilla Tron	REV. 3 PIANO DI CURA POLIMORBIDITÀ ENTERTERAPIUTICA
57	FRAGILITA'	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM per la revisione del PDTA 53 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO per l'integrazione Clinical Manager ASST Manager e Clinical Manager MMG/PdF, definizione percorso / profilo condiviso di almeno una patologia di affezione tra quelle maggiorate	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte (SDM suddiviso in sotto gruppi / laboratori con descrizione i nuovi percorsi per integrazione Clinical Manager ASST e Clinical Manager MMG/ PdF, con inserimento di indicatori di esito e di processo)	Coordinatore GdM	entro 31.12.2019		X	X	X		X					Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Gaia Ciminello	Obiettivo rimodulato, vedi relazione integrativa del 21/10/2019 per il nucleo di valutazione
58	FRAGILITA'	Adesione alle buone pratiche	Audit clinico per ogni Unità Operativa nel rispetto della Legge 24 in virtù delle linee Guida/protocolli/ PDTA clinici di riferimento	Pianificazione di almeno 1 audit clinico per Struttura	Pianificazione audit clinici; Report di audit clinico	Struttura Qualità, Responsabili e coordinatori di LUI.OO	31/12/2019		X	X			X					Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Ok vedi elenco audit clinici 2019
59	FRAGILITA'	Misurare l'aderenza agli standard definiti da Regione Lombardia per la performance sanitaria	Compilazione della check list di autovalutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia per la performance sanitaria	Autovalutazione delle performance qualitative per la parte di competenza per la LUIOO	Check list compilata e inviata a SGR nei tempi stabiliti	Struttura qualità, coordinatori e responsabili di UIO	15/01/2020	X	X									Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Ok Check list compilata inviata entro il 15 gennaio
60	FRAGILITA'	Implementazione dell'utilizzo degli strumenti del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico	Formazione dei coordinatori per utilizzo di Talea (gestione non conformità, segnalazioni rischio clinico, documentazione)	Partecipazione di almeno 80% dei coordinatori / delegati al corso organizzato da Talea	Firme di presenza	Struttura Qualità, Coordinatori e Responsabili di LUIO, Struttura Formazione	entro31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Attivato 2 edizioni di 3 ore per 60 coordinatori ASST Mercoledì 27 novembre 2019
61	FRAGILITA'	Adesione alle buone pratiche	Formazione «Giornate della Clinical Governance»	Condivisione a livello di dipartimento di Linee Guida/PDTA/Protocolli/Buone Pratiche quali strumenti di Clinical Governance	realizzazione delle giornate formative	Struttura Qualità, Coordinatori e Direttori di LUI.OO, Formazione	entro31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Da pianificare nel 2020
62	FRAGILITA'	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n° 18 prevenzione degli errori in terapia (prevenzione all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli)	Aggiornamento degli Acronimi (secondo raccomandazione ministeriale)	Ogni LUI.OO del dipartimento partecipa all'aggiornamento elenco degli acronimi	Elenco degli Acronimi Aziendali (sigle sanitarie e assistenziali) in uso presso l'ASST DI MANTOVA) completo, aggiornato e pubblicato	Direttori e coordinatori delle LUI.OO	08/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Elenco acronimi aziendale aggiornato
63	FRAGILITA'	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM Buone pratiche in cure palliative	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte (documentazione e rev procedure specifiche e del piano di cura)	Coordinatore GdM	entro31/12/2019	X										Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Gaia Ciminello	SLA SENTE BAKEVA
64	FRAGILITA'	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM revisione PDTA 39 pz con scompenso cardiaco refrattario;	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	04/12/2019	X		X					X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Gaia Ciminello	Emessa REV. 1 PDTA 39 Percorso Trattamento integrato in continuità ospedale territorio dei pazienti con scompenso cardiaco in option
	MATERNO - INFANTILE	Valutazione/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Funz.	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione	Onk & Clin. Acuti	Onk & Clin. Mediana	Onk & Clin. Puro	PNA	Patologia Neonatale	Pediatria Acuta	Pediatria Mediana	Pediatria Puro	Consulenti		Responsabile valutazione	Monitoraggio (data Firma e ok)
65	MATERNO - INFANTILE	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM per la revisione PSMQ07 Gestione dell'angeliemia e anemia siderica (perossomielosi) e definizione sistema di governo per il conseguimento degli obiettivi target del percorso	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019	X	X	X								Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Patrizia Cremonesi	Emessa Rev 1 PSMQ07
66	MATERNO - INFANTILE	Appropriatazza dispositivi medici	SDM sull'appropriatazza utilizzo Dispositivi Medici affiorare attenzione al processo di programmazione e monitoraggio, in particolare per i dispositivi ad alto costo	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte (partecipazione al GdM)	Coordinatore GdM	entro 30.11.2019	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Camilla Tron	Obiettivo rimodulato, vedi relazione integrativa del 21/10/2019 per il nucleo di valutazione
67	MATERNO - INFANTILE	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM per la revisione del PDTA 53 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO per l'integrazione Clinical Manager ASST Manager e Clinical Manager MMG/PdF, definizione percorso / profilo condiviso di almeno una patologia di affezione tra quelle maggiorate	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019											Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Patrizia Cremonesi	Obiettivo rimodulato, vedi relazione integrativa del 21/10/2019 per il nucleo di valutazione
68	MATERNO - INFANTILE	Miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM Consolidamento sviluppo rete RIM (Ingegneria Ospedaliera - Consulenti)	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro31/12/2019	X	X	X							X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Patrizia Cremonesi	PDTA53 PERCORSO NASCITA BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRIC)
69	MATERNO - INFANTILE	certificazione di percorsi clinico organizzativi ed assistenziali	Revisione Certificazione carta dei diritti del bambino e adolescente in Ospedale	80% delle attività previste dall'action plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	31/12/2019						X	X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	ok tutte le attività richieste per la certificazione (vedi sistema Tv) Checklist di autovalutazione: ASD-SP MANTOVA 2019 (compilata con note) Rapporto di audit interno, Scheda processo e Piano di Miglioramento
70	MATERNO - INFANTILE	Adesione alle buone pratiche	Audit clinico per ogni Unità Operativa nel rispetto della Legge 24 in virtù delle linee Guida/protocolli/clinici (elaborati) (esperti clinici di team: indicatori PNF nel di patologia: anea sistemica, taglio cesareo, emorragie post partum, gestione del travaglio, gravidanza: BSG, gravidanza patologica, sordità neonatale, appropriatazza dei ricoveri in Pediatria)	Pianificazione di almeno 1 audit clinico per Struttura	Pianificazione audit clinici; Report di audit clinico	Struttura Qualità, Responsabili e coordinatori di LUI.OO	31/12/2019	X	X	X			X		X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	ok vedi elenco audit clinici 2019

PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2019

N.	Dipartimento	Obiettivo/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Fai	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione	Costo DRG e Utensile	Diagnostica	Malattie Infettive	Medicina Amb.	Medicina Maxillo	Medicina Peric.	Nefrologia	Oncologia	Responsabile valutazione	Monitoraggio (data firma se ok)
71	MATERNO - INFANTILE	Adesione alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica nell'ambito di area chirurgica	Applicazione della nuova Checklist Ministeriale di Sicurezza in Chirurgia 2.0 al fine di individuare le aree critiche sulle quali sarà necessario definire azioni di miglioramento (in particolare antibiotico profilassi in chirurgia e misure igienico-sanitarie degli operatori)	Adesione agli standard della Checklist Ministeriale di Sicurezza in Chirurgia 2.0	Rapporti di audit organizzativi Gruppi Operatori Aziendali	Direzioni mediche di Presidio - SGR	04/10/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Organizzare due giornate formative per la presentazione della Checklist 2.0. Eseguire audit nei blocchi operatori (dei tre presidi)
72	MATERNO - INFANTILE	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n° 18 prevenzione degli errori in terapia con i farmaci (in particolare abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli)	Aggiornamento degli Acronimi (secondo raccomandazione ministeriale)	Ogni UU.OO. del dipartimento partecipa all'aggiornamento (elenco degli acronimi)	Elenco degli Acronimi Aziendali (sigle sanitarie e assistenziali) in uso presso l'ASST DI MANTOVA) completo, aggiornato e pubblicato	Diretori e coordinatori delle UU.OO.	08/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Elenco acronimi aziendali aggiornato
73	MATERNO - INFANTILE	Misurare l'aderenza agli standard definiti da Regione Lombardia per le performance sanitarie	Compilazione della checklist di autovalutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia	Autovalutazione delle performance qualitative per la parte di competenza per le UU.OO.	Check list completa e inviata a SGR nei tempi stabiliti	Struttura qualità, coordinatori e responsabili di UU.OO.	15/01/2020	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Da Check list completa inviata entro il 15 gennaio. Fatta eccezione per Obstetricia-Ginecologia Asola
74	MATERNO - INFANTILE	Miglioramento dell'utilizzo degli strumenti del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico	Formazione dei coordinatori per utilizzo di Talete (gestione non conformità, segnalazioni rischio clinico, documentazione)	Partecipazione di almeno 80% dei coordinatori / delegati al corso organizzato da Talete	Firme di presenza	Struttura Qualità, Coordinatori e Responsabili di UU.OO. Struttura Formazione	01/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Attivate 2 edizioni di 3 ore per 80 coordinatori ASST Martedì 27 novembre 2019
75	MATERNO - INFANTILE	Adesione alle buone pratiche	Formazione «Giornate della Clinical Governance»	Condizione a livello di dipartimento di Linee Guida/PDTA/Protocolli/Buone Pratiche quali strumenti di Clinical Governance	realizzazione delle giornate formative	Struttura Qualità, Coordinatori e Direttori di UU.OO. Formazione	01/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Attivata una giornata formative per analisi trigger, 09/04/19
76	MATERNO - INFANTILE	Miglioramento del rischio clinico in ostetricia	Formazione corsi di emergenza neonatale punti nascita													Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	format allegato 3
	MEDICO	Obiettivo/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Fai	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione	Costo DRG e Utensile	Diagnostica	Malattie Infettive	Medicina Amb.	Medicina Maxillo	Medicina Peric.	Nefrologia	Oncologia	Responsabile valutazione	Monitoraggio (data firma se ok)
77	MEDICO	Adesione alle buone pratiche	Audit clinico per ogni Unità Operativa nel rispetto della Legge 24 in virtù delle Linee Guida/procedimenti clinici dichiarati (esperti di team- indicatori PNE- reti di patologia)	Pianificazione di almeno 1 audit clinico per Struttura	Pianificazione audit clinici. Rapporti di audit clinico	Struttura Qualità, Responsabili e coordinatori di UU.OO.	31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Enrico Barato, Claudia Basso	14-01-2020: vedi elenco audit clinici 2019
78	MEDICO	gestione delle cadute accidentali	SAO cadute accidentali	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	31/12/2019			X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	vedi verbale del
79	MEDICO	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SiM sull'appropriatezza utilizzo Antibiotici (AO)	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	4/10/19			X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Emessa Rev. 4 PFCO 25
80	MEDICO	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SiM per la certificazione del PDTA SE Percorso Diagnostico Terapeutico per le Gestioni delle persone con carcinoma della Prostata	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	01/03/2019								X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Patrizia Crescini	POTAB Gestione multidisciplinare del paziente con carcinoma della prostata. Percorso certificato SGR
81	MEDICO	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n° 18 prevenzione degli errori in terapia con i farmaci (in particolare abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli)	Aggiornamento degli Acronimi (secondo raccomandazione ministeriale)	Ogni UU.OO. del dipartimento partecipa all'aggiornamento (elenco degli acronimi)	Elenco degli Acronimi Aziendali (sigle sanitarie e assistenziali) in uso presso l'ASST DI MANTOVA) completo, aggiornato e pubblicato	Diretori e coordinatori delle UU.OO.	08/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Elenco acronimi aziendali aggiornato
82	MEDICO	Misurare l'aderenza agli standard definiti da Regione Lombardia per le performance sanitarie	Compilazione della checklist di autovalutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia	Autovalutazione delle performance qualitative per la parte di competenza per le UU.OO.	Check list completa e inviata a SGR nei tempi stabiliti	Struttura qualità, coordinatori e responsabili di UU.OO.	15/01/2020	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Da Check list completa inviata entro il 15 gennaio. Fatta eccezione per Medicina Generale AM
83	MEDICO	Miglioramento dell'utilizzo degli strumenti del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico	Formazione dei coordinatori per utilizzo di Talete (gestione non conformità, segnalazioni rischio clinico, documentazione)	Partecipazione di almeno 80% dei coordinatori / delegati al corso organizzato da Talete	Firme di presenza	Struttura Qualità, Coordinatori e Responsabili di UU.OO. Struttura Formazione	01/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Attivate 2 edizioni di 3 ore per 80 coordinatori ASST Martedì 27 novembre 2019
84	MEDICO	Adesione alle buone pratiche	Formazione «Giornate della Clinical Governance»	Condizione a livello di dipartimento di Linee Guida/PDTA/Protocolli/Buone Pratiche quali strumenti di Clinical Governance	realizzazione delle giornate formative	Struttura Qualità, Coordinatori e Direttori di UU.OO. Formazione	01/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Da pianificare nel 2020
85	MEDICO	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SiM per la revisione del PDTA SE PNEA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO per l'Integrazione Clinical Manager ASST Manager e Clinical Manager MMG/PNF - definizione percorso / profilo condiviso di almeno una patologia di interesse tra quelle monitorate	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	01/03/2019			X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Patrizia Crescini	Obiettivo rimodulato, vedi relazione integrativa del 21/10/2019 per il nucleo di valutazione
	NEUROSCIENZE	Obiettivo/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Fai	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione	Meccilo-Fuciale	Dermatologia	Neurologia	Oculistica	ORL	Riabilitazione Peric.	Riabilitazione Biorc.	Medicina Peric. e Riabilitativa Maxillo	Responsabile valutazione	Monitoraggio (data firma se ok)
86	NEUROSCIENZE	gestione delle cadute accidentali	SAO Cadute Accidentali	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	RM	31/12/2019			X						Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	vedi verbale del
87	NEUROSCIENZE	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SiM Percorso sulla demenza	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	01/03/2019			X						Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Neri	Emessa rev. 1 POTAD
88	NEUROSCIENZE	Adesione alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica nell'ambito di area chirurgica	Applicazione della nuova Checklist Ministeriale di Sicurezza in Chirurgia 2.0 al fine di individuare le aree critiche sulle quali sarà necessario definire azioni di miglioramento (in particolare antibiotico profilassi in chirurgia e misure igienico-sanitarie degli operatori)	Adesione agli standard della Checklist Ministeriale di Sicurezza in Chirurgia 2.0	Rapporti di audit organizzativi Gruppi Operatori Aziendali	Direzioni mediche di Presidio - SGR	04/10/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Organizzare due giornate formative per la presentazione della Checklist 2.0. Eseguire audit nei blocchi operatori (dei tre presidi)
89	NEUROSCIENZE	appropriatezza dispositivi medici	SiM sull'appropriatezza utilizzo Dispositivi Medici afferente attenzione al processo di programmazione e monitoraggio, in particolare per i dispositivi ad alto costo	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte (partecipazione al GdM)	Coordinatore GdM	01/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Camilla Tron	Obiettivo rimodulato, vedi relazione integrativa del 21/10/2019 per il nucleo di valutazione
90	NEUROSCIENZE	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SiM Revisione PDTA 25 Percorso con post-ictus dalla stroke unit alla struttura di riabilitazione	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	15/07/2019			X				X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Neri	vedi audit clinico 02/2019 SC RIABILITAZIONE MANIPOLAZIONE SC NEUROLOGIA. Revisione della persona con ictus di Stroke dalla Neurologia alla Riabilitazione e reinserimento socio-familiare
91	NEUROSCIENZE	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SiM revisione PDTA SLA	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	01/03/2019			X				X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	POTAD (SLA) PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA
92	NEUROSCIENZE	Adesione alle buone pratiche	Audit clinico per ogni Unità Operativa nel rispetto della Legge 24 in virtù delle Linee Guida/procedimenti clinici dichiarati (esperti di team- indicatori PNE- reti di patologia)	Pianificazione di almeno 1 audit clinico per Struttura	Pianificazione audit clinici. Rapporti di audit clinico	Struttura Qualità, Responsabili e coordinatori di UU.OO.	31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Enrico Barato, Claudia Basso	14-01-2020: vedi elenco audit clinici 2019
93	NEUROSCIENZE	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SiM Polinervoloni: revisione Piano di Cura con inserimento attività robotica e differenziale l'offerta con Manifatturistica e regolamento per attività robotica - ruolo LEA	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	01/03/2019	X								Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	REV. 3 PIANO DI CURA POLINERVALONI EXTRATERITORIALI
94	NEUROSCIENZE	Misurare l'aderenza agli standard definiti da Regione Lombardia per le performance sanitarie	Compilazione della checklist di autovalutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia	Autovalutazione delle performance qualitative per la parte di competenza per le UU.OO.	Check list completa e inviata a SGR nei tempi stabiliti	Struttura qualità, coordinatori e responsabili di UU.OO.	15/01/2020	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Da Check list completa inviata entro il 15 gennaio. Fatta eccezione per Neurologia e Oculistica
95	NEUROSCIENZE	Miglioramento dell'utilizzo degli strumenti del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico	Formazione dei coordinatori per utilizzo di Talete (gestione non conformità, segnalazioni rischio clinico, documentazione)	Partecipazione di almeno 80% dei coordinatori / delegati al corso organizzato da Talete	Firme di presenza	Struttura Qualità, Coordinatori e Responsabili di UU.OO. Struttura Formazione	01/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Attivate 2 edizioni di 3 ore per 80 coordinatori ASST Martedì 27 novembre 2019
96	NEUROSCIENZE	Adesione alle buone pratiche	Formazione «Giornate della Clinical Governance»	Condizione a livello di dipartimento di Linee Guida/PDTA/Protocolli/Buone Pratiche quali strumenti di Clinical Governance	realizzazione delle giornate formative	Struttura Qualità, Coordinatori e Direttori di UU.OO. Formazione	01/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Da pianificare nel 2020

PIANO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE
PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT 2019

N.	Dipartimento	Obiettivo/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Fai	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione	Medicina Nucleare	Radiologia Moderna	Neuro Radiologia	Radiologia Piena	Radioterapia	Anatomia Patologica	Laboratori	SEMT	Responsabile valutazione	Monitoraggio (data firma se ok)
97	NEUROSCIENZE	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM per la revisione del POTA 99 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO per l'integrazione Clinical Manager ASST Manager e Clinical Manager MMG/PNF - definizione percorso / profilo condiviso di almeno una patologia di riferimento tra questi mappe	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro 31/12/2019			X			X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Laura Neri	Obiettivo rimodulato, vedi relazione integrativa del 21/10/2019 per il nucleo di valutazione
98	NEUROSCIENZE	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n° 18 prevenzione degli errori in terapia postoperatoria utilizzo di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Aggiornamento degli Acronimi (secondo raccomandazione ministeriale) completamento elenco linee guida	Elenco degli Acronimi Aziendali (sigle sanitarie e assistenziali) in uso presso l'ASST DI MANTOVA) e aggiornamento Elenco Linee guida completo e pubblicato	Elenco degli Acronimi Aziendali (sigle sanitarie e assistenziali) in uso presso l'ASST DI MANTOVA) e aggiornamento Elenco Linee guida completo e pubblicato	Direttori e coordinatori delle UU.OO	16/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Camilla Tironi	Elenco acronimi aziendali aggiornato
	SERVIZI	Obiettivo/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Fai	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione	Medicina Nucleare	Radiologia Moderna	Neuro Radiologia	Radiologia Piena	Radioterapia	Anatomia Patologica	Laboratori	SEMT	Responsabile valutazione	Monitoraggio (data firma se ok)
99	SERVIZI	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM «Gestione della patologia itale in neurologia».	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro 31/12/2019	X	X	X		X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Gaia Cicolino	Emessa revisione del POTA 62 paziente con ICTUS CEREBRALE acuto
100	SERVIZI	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM per la definizione del POTA / Piani Cura per la gestione del paziente di Pronto Soccorso nella diagnostica per immagini	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro 31/12/2019		X		X					Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Gaia Cicolino	EMISSIONE PGM2005 GESTIONE DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO CHE NECESSITA DI PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
101	SERVIZI	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM «Gestione della patologia neoplastica encefalica».	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro 31/12/2019	X	X	X		X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Gaia Cicolino	Emesso POTA90 PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PAZIENTE AFFETTO DA NEOPLASIA CEREBRALE
102	SERVIZI	Adesione alle buone pratiche	Audit clinico per ogni Unità Operativa nel rispetto della legge 24 in virtù della Linea Guida/Protocollo/POTA clinici di riferimento.	pianificazione di almeno 1 audit clinico per Struttura	Pianificazione audit clinici; Rapporti di audit clinico	Struttura Qualità, Responsabili e coordinatori di UU.OO	31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Enrico Barone, Claudia Bissini	Obiettivo rimodulato vedi relazione per il nucleo di valutazione del 02/11/2019
103	SERVIZI	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM «Preparazione dei pazienti che accedono in sala angiografica»	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte	Coordinatore GdM	entro 31/12/2019		X							Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Gaia Cicolino	EMISSIONE PGM49 GESTIONE DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO CHE NECESSITA DI PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
104	SERVIZI	Misurare l'aderenza agli standard definiti da Regione Lombardia per le performance sanitarie	Compilazione della check list di autovalutazione delle performances qualitative di Regione Lombardia	Autovalutazione delle performances qualitative per la parte di competenza per la UO/OO	Check list compilata e inviata a SQR nei tempi stabiliti	Struttura qualità, coordinatori e responsabili di UO	15/01/2020	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	In Check list compilata inviata entro il 15 gennaio. Fatta eccezione per Radioterapia e SEMT
105	SERVIZI	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM POTA tumori colon retto (Chirurgia, Endoscopia digestiva, Anatomia Patologica, Radioterapia, Radiologia, Oncologia, Cure Palliative)	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte (partecipazione ai GdM)	Coordinatore GdM	entro 16.12.2019		X			X	X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Gaia Cicolino	Emesso POTA97 Gestione del paziente con tumore del colon retto
106	SERVIZI	miglioramento dell'utilizzo degli strumenti del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico	Formazione dei coordinatori per utilizzo di Talete (gestione non conformità, segnalazioni rischio clinico, documentazione)	partecipazione di almeno 80% dei coordinatori / delegati al corso organizzato da Talete	Firme di presenza	Struttura Qualità, Coordinatori e Responsabili di UO, Struttura Formazione	entro 31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Attuate 2 edizioni di 3 ore per 90 coordinatori ASST (marzo/ott) 27 novembre 2019
107	SERVIZI	miglioramento dei percorsi e dei protocolli clinici	SDM per la certificazione del POTA 86 Percorso Diagnostico Terapeutico per la gestione della persona con carcinoma della prostata	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	Certificazione del percorso	Coordinatore GdM	entro 30.12.2019	X	X		X		X			Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Gaia Cicolino	POTA86 Gestione multidisciplinare del paziente con carcinoma della prostata.Percorso certificato SQR
108	SERVIZI	Adesione alle buone pratiche	Formazione «diomate della Clinical Governance»	Condizione a livello di dipartimento di Linee Guida/POTA/Protocolli/Buone Pratiche quali strumenti di Clinical Governance	realizzazione delle giornate formative	Struttura Qualità, Coordinatori e Direttori di UU.OO, Formazione	entro 31/12/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - CSQ	Da pianificare nel 2020
109	SERVIZI	appropriatazza dispositivi medici	SDM sull'appropriatezza utilizzo Dispositivi Medici effettuare attenzione al processo di programmazione e monitoraggio, in particolare per i dispositivi ad alto costo.	90% delle attività previste dall'azione plan del gruppo di miglioramento	evidenza delle attività prodotte (partecipazione ai GdM)	Coordinatore GdM	entro 30.12.2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Camilla Tironi	Obiettivo rimodulato, vedi relazione integrativa del 21/10/2019 per il nucleo di valutazione
110	SERVIZI	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n° 18 prevenzione degli errori in terapia postoperatoria utilizzo di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Aggiornamento degli Acronimi (secondo raccomandazione ministeriale)	Ogni UU.OO del dipartimento partecipa all'aggiornamento elenco degli acronimi	Elenco degli Acronimi Aziendali (sigle sanitarie e assistenziali) in uso presso l'ASST DI MANTOVA) completo, aggiornato e pubblicato	Direttori e coordinatori delle UU.OO	08/03/2019	X	X	X	X	X	X	X	X	Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management	Elenco acronimi aziendali aggiornato
	DIREZIONE SANITARIA	Obiettivo/Raccomandazione	Azione di Miglioramento / Fai	Risultato atteso	valutazione	Responsabile situazione	Tempi di attuazione	Risico Operatorio Nucleare	Risico Operatorio Anodi	Risico Operatorio Piena	IMP	VACCINAZIONI	BEAS			Responsabile valutazione	Monitoraggio (data firma se ok)
111	DIREZIONE SANITARIA	implementazione di audit organizzativi e di mantenimento dei requisiti di accreditamento	Audit organizzativi per la verifica dei requisiti di accreditamento istituzionale organizzativi e strutturali specifici	Aderenza ai requisiti di accreditamento istituzionale organizzativi e strutturali specifici	Rapporti di audit organizzativi PS Aziendali; Medicina d'Urgenza, Rianimazioni	Direttori medica di Presidio - SQR	30/06/2019	X	X	X	X					Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management - Enrico Barone, Claudia Bissini	Rapporto audit organizzativi allegato n.

Monitoraggio finale del 30/01/2020