

PROGETTI RAR ANNO 2017 - AREA DIRIGENZA

n.	macro obiettivo regionale	descrizione progetto	modalità operative/azioni	responsabili esecuzione attività	personale coinvolto	tempi di attuazione	responsabile verifica efficacia	indicatore di riferimento	valore atteso
1	Macro obiettivo regionale n. 1 Interventi finalizzati all'attuazione del percorso di presa in carico definito dalla DGR X/6164 del 30/01/2017 ed oggetto "Governo della domanda: avvio della presa in carico dei pazienti cronici e fragili- Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015".	Formazione on-line circa la presa in carico della cronicità e la gestione del cambiamento nella rete dei servizi (allegato 1 della DGR X/6164/2017 e successivi provvedimenti)	Elaborazione dei contenuti Formazione on-line sui principi della presa in carico della cronicità e del governo della domanda Somministrazione di un questionario per verificare il miglioramento della conoscenza del personale	QFP	Tutto il personale della Dirigenza	Progettazione: giugno/luglio 2017 Implementazione del programma formativo: settembre - ottobre 2017 I somministrazione del questionario di verifica, con feed back in ordine alle domande compilate in modo errato: novembre 2017 Il somministrazione del questionario di verifica, (solo per questionari con verifica negativa) con feed back in ordine alle domande compilate in modo errato: dicembre 2017 Elaborazione dati: gennaio 2018	QFP	n. risposte corrette al questionario/ n. domande totali (valutazione individuale)	risposte esatte ≥ 80%
2	Macro obiettivo regionale n. 5 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	Predisposizione della procedura inerente la Raccomandazione Ministeriale n. 8 "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"	a) Costituzione del gruppo di lavoro b) Revisione degli episodi di violenza segnalati c) Questionario rivolto al personale per indagare gli atti di violenza non segnalati d) Analisi dei dati ed elaborazione della procedura	Risk Manager, SPP	Personale della Dirigenza afferente alle strutture di: - degenza ordinaria e Day Hospital del Dipartimento di Chirurgia - servizi ambulatoriali di e centro prelievi - Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia - SPP - URP - CUP - Affari generali e legali	a) giugno b) luglio c) settembre/ottobre d) novembre, dicembre	Risk Manager	n. di personale che ha risposto al questionario/n. personale coinvolto Procedura pubblicata	≥ 70% n. 1 procedura pubblicata
3	Macro obiettivo regionale n. 5 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	Revisione della procedura inerente la Raccomandazione Ministeriale n. 12 "Prevenzione degli errori di terapia con farmaco Look - alike/sound alike"	a) Costituzione del gruppo di lavoro b) Revisione delle procedure in essere c) Diffusione/formazione del personale d) verifica sul campo	Risk Manager e Farmacia	Personale medicodelle strutture di degenza ordinaria, Day Hospital e Ambulatori che prescrivono e somministrano farmaci nel Dipartimento di Oncologia Medica ed Ematologia (esclusa Oncologia Medica 1) Terapia Intensiva e Blocco Operatorio Farmacia	a) giugno b) luglio/settembre c) settembre/ottobre d) novembre, dicembre	Risk Manager e Farmacia	verifica sul campo circa la corretta applicazione della procedura	verifica positiva
4	Macro obiettivo regionale n. 5 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	Predisposizione della procedura inerente la Raccomandazione Ministeriale n. 17 "Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica"	a) Costituzione del gruppo di lavoro b) Elaborazione delle schede di ricognizione/riconciliazione c) Inserimento delle schede nella Cartella Clinica Elettronica d) Verifica dell'applicazione in CCE	Farmacia e ICT	Personale medico della struttura di Oncologia Medica 1 Farmacia	a) giugno b) luglio/settembre c) settembre/ottobre d) novembre, dicembre	Farmacia e ICT	verifica in CCE circa la corretta applicazione della procedura	verifica positiva

n.	macro obiettivo regionale	descrizione progetto	modalità operative/azioni	responsabili esecuzione attività	personale coinvolto	tempi di attuazione	responsabile verifica efficacia	indicatore di riferimento	valore atteso
5	Macro obiettivo regionale n. 4 Efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di 4a) attività clinica, tecnica e amministrativa nonché dei servizi in genere, attraverso le indicazioni e gli strumenti P.R.I.M.O./P.I.M.O.	Definizione e attuazione di una procedura di revisione delle relazioni scientifiche relative a progetti di ricerca.	a) definizione gruppo di lavoro; b) stesura del protocollo; c) definizione dei gruppi dei revisori; d) raccolta delle revisioni; e) verifica dei dati.	Direzione Scientifica	Personale della Dirigenza afferente alle strutture di: Direzione Scientifica, DRAST e Dipartimento di Ricerca	a) giugno b) giugno/luglio c) luglio d) settembre/ dicembre e) dicembre	Direzione Scientifica	n. 3 revisioni	Valore atteso: n. 1 revisione per Direzione/Dipartimento

CB



 Multiple handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature on the left, a signature in the middle, and a signature on the right. Below the signatures, the word "Pruoni" is written in blue ink.