**Data riunione:\_\_/\_\_/\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **presenti alla riunione per il RIESAME (almeno direttore, coordinatore infermieristico/tecnico/ostetrico)** | |
| **nome e cognome** | **firma** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Al fine di garantire il monitoraggio degli esiti e la discussione tra gli operatori, vengono presi in esame i seguenti punti (**elementi in ingresso)**:

|  |
| --- |
| * **Dati Di Attività e Produzione Anno \_\_\_\_**(in base ai dati di attività presenti nei monitoraggi forniti dalla UO Controllo di Gestione nel gestionale SAP BusinessObjects di cui le RAD hanno le credenziali di accesso) |
| Commento……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **vedi eventuale allegato** (indicarne la tipologia, ad es. tabelle specifiche di uo/sod attività e produzione, grafici, etc..): |

|  |
| --- |
| * **Risultati derivanti dal raggiungimento di obiettivi di budget**(ultimi disponibili) |
| Commento (specificare se obiettivi raggiunti, in caso di non raggiungimento valutare se inserirlinel piano di miglioramento)……………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………. |
| **vedi eventuale allegato** (indicarne la tipologia): |

|  |
| --- |
| * **verifica attività formativa (**con particolare riferimento a: * verifica della corrispondenza tracorsi di formazione programmati nel Piano Annuale di Formazione del DAI e corsi realizzati con analisi delle ricadute sull’attività della UO; * partecipazione ai corsi obbligatori (dovuti per legge)[[1]](#footnote-2) * eventuale monitoraggio ECM (tramite portaleCoGeAPS**)**- facoltativo |
| Commento (specificare se obiettivo raggiunto, in caso di non raggiungimento elaborare specifico piano di miglioramento da citare negli elementi in uscita)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **vedi eventuale allegato** (indicarne la tipologia): |

|  |
| --- |
| * **informazioni di ritorno da parte degli utenti esterni o interni**(questionari qualità percepita,**PREMs - Patient Reported Experience Measures,** reclami (dati forniti dall’URP), segnalazioni, contenziosi, elogi, …) |
| Commento  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **vedi eventuale allegato** (indicarne la tipologia): |

|  |
| --- |
| * **adozione di protocolli, linee guida, pdta** (fare riferimento ai tre protocolli selezionati per l’obiettivo di budget – area qualità, utilizzando il **modulo T. 5.1.COM.10**,da produrre obbligatoriamente: **Report consuntivo rilevazione applicazione degli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale**) |
| Commento (descrivere il grado di adesione in base ai risultati ottenuti)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **vedi allegato** (Modulo t.5.1.COM.10): |

|  |
| --- |
| * **Prevenzione e sorveglianza infezioni**(utilizzare report inviati ai reparti mensilmente dal Team Aid/UO Igiene ed Epidemiologia, dati disponibili sul sito intranet ed eventuali dati di reparto ricavabili da DRG e/o report specifici:  1. dati incidenza batteriemie, con specifica delle batteriemie catetere-relate; infezioni della ferita chirurgica, infezioni in UTI (Giviti), casi nosocomiali di diarrea da *Clostridium difficile* 2. Colonizzazioni da germi Multiresistenti 3. Consumo di antibiotici (vedi report farmacia quadrimestrali presenti su intranet) |
| Commento ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **vedi eventuale allegato** (indicarne la tipologia): |

|  |
| --- |
| * **monitoraggio eventi avversi, eventi sentinella, Audit clinici, M&M, cadute** |
| Commento ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **vedi eventuale allegato** (indicarne la tipologia): |

|  |
| --- |
| * **monitoraggio e valutazione della qualità della documentazione clinica**(fare riferimento al relativo obiettivo di budget, utilizzando imoduli denominati CLQ- CHECK LIST revisione della documentazione sanitaria ai sensi dell'Accreditamento Istituzionale e dei controlli interni (DGRT 1002/2009) ed esterni (PAC - DGRT 188/2019) |
| Commento (indicare le dimensioni del campione, le modalità di selezione del campione, i risultati e le eventuali criticità riscontrate e relativo trattamento)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **vedi eventuale allegato** (indicarne la tipologia): |

|  |
| --- |
| * **Mantenimento/miglioramento delpunteggio ottenutonell’attestazione del processo/sottoprocesso ai sensi dell’accreditamento istituzionale:specificare relative iniziative** (requisiti comuni e specifici)– fare riferimento al punteggio dell’anno precedente |
| Commento ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **vedi eventuale allegato** (indicarne la tipologia): |

|  |
| --- |
| * **Valutazione del raggiungimento degli obiettivi contenuti nelPiano di miglioramento anno precedente** (vedi modulo PdM: **Piano di miglioramento annuale**) |
| Commento (in caso di non raggiungimento o raggiungimento parziale indicare le cause e valutare l’opportunità di riproporlo come obiettivo nel prossimo PdM)  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **vedi eventuale allegato** (indicarne la tipologia): |

|  |
| --- |
| * **altri elementi importanti e rilevanti che hannoavuto un impatto sull’organizzazione** |
| Commento ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **vedi eventuale allegato** (indicarne la tipologia): |

**Elementi in uscita:**

* **Piano di Miglioramento anno \_\_\_\_ (vedi allegato PdM)**

**Firma del Direttore di UO/SOD**

1. I corsi obbligatori (dovuti per legge) ai fini dell’autorizzazione e dell’accreditamento sono

   * BLSD (validità biennale)
   * Antincendio (validità quinquennale)
   * Formazione Obbligatoria in Materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro (validità quinquennale)
   * Anticorruzione (validità illimitata)

   Ogni dipendente può verificare le proprie certificazioni tramite il portale Ermione; in caso di mancata/scaduta certificazione lo segnala al proprio responsabile che provvederà a comunicarlo all’ UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane - settore Formazione affinchè possa provvedere a programmare i corsi necessari. Si fa presente che la UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane procede, annualmente, con la mappatura e la pianificazione delle attività formative corrispondenti al reale fabbisogno di almeno un Dipartimento (DAI). Allo stato attuale i DAI mappati sono: DAI Laboratori (mappato e formato), DAI Anestesia e Rianimazione (mappato ed in atto formazione), DAI CTV (mappatura prevista nell’anno 2020 con avviodelle attività formative necessarie per tutti gli operatori privi di certificazione). I relativi report sono in possesso dei Direttori di DAI, RID e RAD. [↑](#footnote-ref-2)