

Codice A1414C

D.D. 26 febbraio 2021, n. 273

**"Azienda Sanitaria Locale di Biella" sita in via dei Ponderanesi n. 2 a Ponderano (BI): accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 con la verifica dei requisiti previsti nella Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725**



**ATTO DD 273/A1414C/2021**

**DEL 26/02/2021**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**A1400A - SANITA' E WELFARE**

**A1414C - Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori**

**OGGETTO:** “Azienda Sanitaria Locale di Biella” sita in via dei Ponderanesi n. 2 a Ponderano (BI): accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 con la verifica dei requisiti previsti nella Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725

Premesso che,

il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 21*” dispone, all’art. 8-quater “*Accreditamento Istituzionale*”, che l’accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private (...), subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell’attività svolta e dei risultati raggiunti;

con DGR 60-2595 del 10 aprile 2006 è stato approvato lo schema di accordo tra la Regione Piemonte e l’ARPA per la definizione delle procedure di accreditamento delle strutture sanitarie prevedendo al riguardo due risultati strategici: progettazione e realizzazione delle attività di verifica per percorsi assistenziali e individuazione degli indicatori per il risultato per la “verifica positiva dell’attività svolta e dei risultati raggiunti”;

con le Determinazioni Dirigenziali n. 79 del 28.3.2007 e n. 186 del 21.4.2009 sono stati stabiliti gli strumenti e le modalità operative per lo svolgimento delle attività di verifica di accreditamento sperimentale per percorsi assistenziali assicurati dalle Aziende Sanitarie pubbliche, relativi alla protesi d’anca, all’infarto miocardico acuto (IMA STEMI e non STEMI) e al tumore del colon-retto.

Preso atto che,

la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome nella seduta del 20 dicembre 2012 ha sancito l’Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome sul documento recante “*Disciplinare sulla revisione della normativa dell’Accreditamento*” Rep. Atti

259/CSR;

la sopraccitata Intesa:

- si prefigge lo scopo di uniformare il variegato sistema di requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in essere nelle singole Regioni italiane anche in considerazione dei recenti indirizzi europei. In particolare l'Intesa intende promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento istituzionale/autorizzazione definendo, al contempo, per ciascun requisito o gruppi di requisiti, gli obiettivi che devono essere perseguiti. L'Intesa in argomento definisce inoltre le modalità di verifica che devono essere adottate dalle Regioni per garantire che effettivamente le strutture siano dotate dei requisiti richiesti;

- sancisce l'impegno di Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano a recepire l'Intesa medesima entro sei mesi dalla data della sua approvazione, stabilendo, al contempo, che le modalità e i tempi di adeguamento ai contenuti del predetto "*Disciplinare sulla revisione della normativa dell'accreditamento*" saranno definiti, entro dicembre 2013, da un Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale da costituire presso il Ministero della Salute.

Con DGR del 28 giugno 2013, n. 9-6021 è stata recepita l'Intesa sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "*Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento*" completa del suo allegato recante "*Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento*", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009), Rep. n. 259/CSR del 20 dicembre 2012, inviando a successive indicazioni del Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, le modalità e i tempi di adeguamento da parte della Regione Piemonte ai contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012;

con D.G.R. n. 3-6015 del 28 giugno 2013 è stato dato incarico all'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale - Arpa a svolgere le attività di verifica sul possesso dei requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie ai sensi della DCR n. 616-3149 del 22 febbraio 2000 e s.m.i..

Considerato che,

la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome nella seduta del 19 febbraio 2015 ha sancito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome sul documento recante "*Cronoprogramma adeguamenti della normativa delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano inerente i criteri ed i requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR)*" e sul documento recante "*Criteri per il funzionamento degli Organismi Tecnicamente Accredитanti ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012*" convenendo, tra l'altro che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si impegnino, in materia di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie, a recepire formalmente i contenuti dell'Intesa, nonché ad uniformarsi ai criteri in essa definiti;

con DGR n. 32-2633 del 02 novembre 2015 è stata recepita l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015) e l'Arpa, istituita con L.R. 13 aprile 1995, n. 60, è stata deputata quale "Organismo Tecnicamente Accreditante", in quanto ritenuto soggetto "terzo";

con Determinazione del Direttore n. 725 del 15 novembre 2017 si è provveduto di aggiornare il

manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte, di cui alla Determinazione del Direttore Regionale del Controllo delle Attività Sanitarie del 5 settembre 2001, n. 277, comprendendo, quali requisiti organizzativi generali, i requisiti previsti dal *“Disciplinare per la revisione della normativa dell’accreditamento”* allegato A dell’Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CRS del 20 dicembre 2012);

il sopra citato atto prevede che l’accreditamento, quale strumento di garanzia dei livelli di qualità delle strutture sanitarie, finalizzato anche a garantire l’eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell’accreditamento, sia soggetto a verifica periodica con cadenza non superiore a cinque anni e comunque ogni volta che si verificano variazioni al precedente assetto autorizzato e accreditato e dispone inoltre che tutte le strutture sanitarie di ricovero ed ambulatoriali pubbliche e private già accreditate si adeguino ai requisiti generali entro il 31 marzo 2018;

con deliberazione n. 1-600 del 19 novembre 2014, successivamente integrata con D.G.R. n. 1-924 del 23 gennaio 2015, la Giunta Regionale ha approvato il programma di revisione della rete ospedaliera piemontese, in attuazione della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016, definendo il fabbisogno complessivo a livello di ASL;

con nota del 7 febbraio 2019 prot. n. 3525/A1403A, al fine di procedere con le attività di verifica del possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento previsti nel *“Disciplinare per la revisione della normativa dell’accreditamento”* sono state avviate le attività necessarie per costituire un gruppo di valutatori regionali, individuandoli tra le risorse delle Aziende Sanitarie.

Nei mesi di ottobre e novembre 2019 la Direzione Sanità e Welfare, in collaborazione con l’OTA costituito presso l’Arpa Piemonte, ha avviato i percorsi formativi nei confronti dei valutatori del sistema di accreditamento regionale e dei referenti aziendali per l’accreditamento a cui sono affidate le attività di auditor di prima parte.

Con nota prot. n. 24354 del 18 dicembre 2019 sono state fornite indicazioni alle Aziende Sanitarie regionali in merito alla conduzione delle attività di verifica accreditamento da parte dell’Organismo Tecnicamente Accreditante ed è stato definito il calendario di verifica sulla base delle autovalutazioni che ogni Azienda ha trasmesso entro il 15 gennaio 2020.

Con nota prot. n. 910/20 del 15 gennaio 2020 (protocollo regionale n. 1043/A1400A del 15.01.2020) il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale di Biella sita in via dei Ponderanesi n. 2 a Ponderano (BI) ha trasmesso l’autovalutazione sul possesso dei requisiti di accreditamento ai sensi della Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725, nel rispetto delle indicazioni regionali di cui sopra.

Con nota prot n. 15335 del 18 febbraio 2021 (protocollo regionale n. 7066/A1400A del 25.02.2021) il Dirigente Responsabile dell’Organismo Tecnicamente Accreditante, costituito presso l’ARPA Piemonte, ha trasmesso la relazione finale di verifica accreditamento dell’Azienda Sanitaria Locale di Biella sita in via dei Ponderanesi n. 2 a Ponderano (BI).

Nella relazione si informa che l’attività di verifica, effettuata il 3 e 4 Marzo 2020, aveva evidenziato numerose criticità, classificate come criticità minori o con indicazioni, per cui richiedeva al Legale Rappresentante dell’Azienda di comunicare, entro 30 giorni dalla notifica del Rapporto di verifica, l’avvenuto superamento delle non conformità minori e delle indicazioni, ovvero di provvedere al loro superamento mediante la predisposizione di un piano di miglioramento, corredato da pertinenti

evidenze, contenente le azioni da adottare, le tempistiche e le responsabilità.

Con nota del 12 marzo 2020 il Direttore Generale dell'Azienda in oggetto richiedeva all'Organismo Tecnicamente Accreditante un rinvio degli adempimenti ad un periodo successivo alla cessazione dell'emergenza da epidemia da SARS-COV2.

A partire dal mese di Settembre 2020, in momenti successivi, l'Azienda trasmetteva all'Organismo Tecnicamente Accreditante le evidenze per il superamento di molte delle criticità rilevate durante la verifica sul campo. In data 05 febbraio 2021 è stato effettuato un audit da remoto al fine di verificare quali non conformità ed indicazioni fossero state superate chiedendo, di conseguenza, di aggiornare il piano di miglioramento per le non conformità ed indicazioni residue.

In data 12 febbraio 2021 il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Biella trasmetteva il piano di adeguamento richiesto, con l'indicazione delle azioni che intende adottare, le tempistiche e le responsabilità di risoluzione delle stesse.

L'Organismo Tecnicamente Accreditante, esaminato il piano di adeguamento e ritenuto adeguato in quanto sono previste soluzioni adeguate per il superamento delle non conformità, le tempistiche di realizzazione sono proporzionate alla complessità delle azioni da implementare, esprime il proprio parere tecnico favorevole di accreditabilità dell'Azienda Sanitaria Locale di Biella sita in via dei Ponderanesi n. 2 a Ponderano (BI).

L'Organismo Tecnicamente Accreditante, come previsto dalla procedura di verifica, si riserva di provvedere ad una verifica entro il 10 giugno ed il 30 dicembre 2021 finalizzata all'esame dello stato di avanzamento delle attività previste dal piano di miglioramento, relazionando puntualmente al Settore regionale competente.

Tutto quanto sopra premesso e considerato, attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. del 17 ottobre 2016, n. 1-4046;

## **LA DIRIGENTE**

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502
- DGR del 28 giugno 2013, n. 9-6021
- DGR del 02 novembre 2015, n. 32-2633
- Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725
- articoli 17 e 18 della Legge regionale 28 luglio 2008, n. 23

## **DETERMINA**

1. di accreditare, ai sensi Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725, l'Azienda Sanitaria Locale di Biella, sita in via dei Ponderanesi n. 2 a Ponderano (BI), secondo l'articolazione dei servizi di diagnosi e cura rappresentata sull'applicativo ARPE – Archivio Regionale Punti di erogazione;

2. di far carico al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale indicata al punto 1) il rispetto delle tempistiche e delle azioni indicate nel piano di miglioramento allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, al fine di superare le non conformità minori indicate nel rapporto di verifica dell'Organismo Tecnicamente Accreditante;

3. di demandare l'Organismo Tecnicamente Accreditante, costituito presso l'ARPA Piemonte, ad una verifica entro il 10 giugno ed il 30 dicembre 2021 finalizzata all'esame dello stato di avanzamento delle attività previste dal piano di miglioramento, e di relazionare puntualmente al Settore regionale competente;

4. di disporre che l'accreditamento è soggetto a verifica periodica con cadenza non superiore a cinque anni e comunque ogni volta che si verifichino variazioni all'assetto autorizzato e accreditato;

5. di disporre che l'Azienda Sanitaria Locale potrà erogare per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale l'attività oggetto di accreditamento alle condizioni previste dai provvedimenti attuativi regionali disposti in applicazione degli articoli 8 quinquies e 8 sexies del D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle restanti disposizioni statali in materia di programmazione economico-sanitaria e relativi atti regionali.

*Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso ordinario entro il termine di 60 giorni innanzi al T.A.R. ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni, dalla notificazione o dalla intervenuta piena conoscenza.*

*La presente determinazione è soggetta a pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 12 ottobre 2010, n. 22.*

LA DIRIGENTE (A1414C - Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori)  
Firmato digitalmente da Silvia Martinetto

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire <sup>1</sup>, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. ARPA\_AS\_L\_BI\_piano\_aggiornato\_2\_21.pdf

Allegato 

---

<sup>1</sup> L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

Requisito	COD	Analisi criticità	Azioni migliorative	Responsabilità	Tempistiche
1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	1.4.1	ATTUALMENTE NON ESISTE UN DOCUMENTO UNICO CHE RACCOLGA LE MODALITÀ DI ACQUISIZIONE GESTIONE DEI DATI PER I RELATIVI FLUSSI	ATTIVITA' 1: progetto aziendale 2021 - censimento dei programmi regionali utilizzati dalle strutture territoriali/dipartimento di prevenzione, al fine di verificare a livello di Direzione Strategica, la reportistica utilizzabile per monitorare e controllare le attività delle strutture coinvolte.	SS Sistemi Informativi	ATTIVITA' 1: 30/09/2021
1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	1.5.7	Manca il sistema complessivo di gestione della qualità e la pianificazione dell'attività.	ATTIVITA' 1 Punto 1.5.7: è prevista, la raccolta sistematica dei processi di miglioramento, intrapresi in presenza di criticità, per il monitoraggio e/o la rivalutazione.	SS Qualità e Accreditamento	ATTIVITA' 1: 30/06/2021
1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.1	Indicazione: l'azienda deve predisporre anche dei sistemi attivi per la raccolta delle segnalazioni interne di non conformità.	Verrà esplicitata all'interno del piano di comunicazione interna la seguente modalità di raccolta di segnalazioni interne: se un operatore interno dovesse segnalare un disservizio/non conformità, la cui modalità di segnalazione non rientri in procedura aziendali già in essere (ad es. segnalazioni al Servizio tecnico, eventi avversi ecc..), dovrà fare riferimento al superiore diretto, il quale valuterà la necessità di inoltrare la segnalazione alla SS Qualità e Accreditamento. La SS Qualità e Accreditamento, in caso di disservizio/non conformità che coinvolge più strutture, potrà istituire un gruppo di lavoro ad hoc per il superamento della criticità.	SS Qualità e Accreditamento in collaborazione con URP	30/09/2021
	1.6.5	Non conformità minore: occorre attivare una analisi dei principali processi finalizzata a prevenire eventuali non conformità.	Al fine di strutturare un'analisi sistematica dei principali processi aziendali si sta programmando, in fase sperimentale per l'anno 2021, da parte del Gruppo di Progetto revisione SiMiVaP (formalizzato in data 21/01/2021 e come previsto dall'art. 27 del vigente atto aziendale), l'inserimento nella scheda di budget di tutte le Strutture, del seguente obiettivo nella dimensione Qualità: "Verifica dei processi interni" con l'indicatore "Verifica di almeno un processo all'anno".	SS Qualità e Accreditamento in collaborazione con URP	30/06/2021
2.1 Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	2.1.2	La Carta dei Servizi dovrà essere aggiornata per l'anno 2020 con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato. E' in previsione la redazione di un documento unico che faciliti la fruibilità.	Nel corso del 2020, al fine di procedere con l'avanzamento di quanto già programmato, l'Ufficio Comunicazione e URP, sulla base dei dati di utilizzo e consultazione di pagine ed argomenti dell'attuale sito (Google Analytics) e di alcune parole chiave fornite dall'associazione che si occupa dell'accoglienza in ospedale rispetto ai principali quesiti degli utenti che accedono ai servizi, nonché di indicazioni puntuali da parte della Direzione Generale, ha curato la progettazione del nuovo portale web dell'ASLBI, revisionando e implementando i relativi contenuti in vista della migrazione sulla nuova piattaforma. In particolare, è stata incrementata la sezione seconda della Carta dei Servizi (sezione Prontuario Biellese e Social News relative ai servizi offerti e a novità e aggiornamenti sull'offerta di tali servizi). L'attivazione del nuovo sito è prevista entro febbraio, con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato che potranno visionarlo e interagire in anteprima, al fine di fornire eventuali indicazioni utili circa contenuti da integrare e sviluppare. Questi suggerimenti saranno oggetto di valutazione e confronto nella fase successiva che si svilupperà tra marzo e maggio e che vedrà una revisione completa delle schede delle strutture e dei servizi ospedalieri, territoriali e della prevenzione con la collaborazione dei rispettivi vertici e staff (attività proposta come oggetto di obiettivo di budget 2021). Il processo terminerà con la realizzazione di un documento pdf e cartaceo che conterrà i principali contenuti informativi previsti dalla Carta dei Servizi e derivante dal lavoro editoriale di pubblicazione sul portale web, costantemente aggiornabile.	URP	30/06/2021
2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	2.2.3	Si è riscontrata la mancanza di una sistematizzazione e organizzazione secondo il format aziendale dei documenti contenenti anche la matrice delle responsabilità ed i criteri di eleggibilità.	ATTIVITA' 1: processo per l'implementazione della nuova Cartella Clinica Aziendale ospedaliera-territoriale, con sistema informatico condiviso, per la presa in carico dei pazienti e la gestione dei percorsi, che comprenda anche la ricognizione e riconciliazione. ATTIVITA' 2: aggiornamento del documento aziendale per la corretta compilazione e gestione della Cartella Clinica.	Direzione Sanitaria di Presidio Direzione delle Professioni Sanitarie Area territoriale Area prevenzione per le parti di competenza	ATTIVITA' 1: 31/12/2021 ATTIVITA' 2: 30/06/2021

	2.2.6	E' necessario estendere la valutazione e la revisione sistematica a tutti i PDTA aziendali in vigore.	ATTIVITA' 1: è prevista l'elaborazione di uno strumento (database) per la raccolta dei documenti aziendali all'interno della "Procedura per la progettazione, redazione, implementazione, diffusione, monitoraggio e revisione di un documento aziendale" ATTIVITA' 2: inserimento dell'elenco dei PDTA aziendali nel database prevista dalla Procedura, il cui scopo è il monitoraggio delle scadenze per consentire la valutazione e revisione sistematica dei PDTA aziendali.	SS Qualità e Accreditamento	ATTIVITA' 1: 31/03/2021 ATTIVITA' 2: 30/04/2021
2.3 Continuità assistenziale	2.3.1	La supervisione dell'assistenza segue regole di pianificazione basate sulla norma e sulla buona prassi che andrebbero invece esplicitate in un unico documento organizzativo. Relativamente alla documentazione clinica sono state diramate circolari interne per la tenuta ed organizzazione delle varie sezioni costituenti la cartella clinica, tuttavia è necessaria l'esplicitazione dei processi assistenziali che garantiscano la continuità assistenziale.	ATTIVITA' 1: redazione, approvazione e diffusione del documento organizzativo per la gestione dei processi assistenziali che garantiscano la continuità assistenziale. ATTIVITA' 2: processo per l'implementazione della nuova Cartella Clinica Aziendale ospedaliera-territoriale, con sistema informatico condiviso, per la presa in carico dei pazienti e la gestione dei percorsi, che comprenda anche la ricognizione e riconciliazione.	Direzione Sanitaria di Presidio Direzione delle Professioni Sanitarie Area territoriale Area prevenzione per le parti di competenza	ATTIVITA' 1: 31/03/2021 ATTIVITA' 2: 31/12/2021
2.4 Il monitoraggio e la valutazione	2.4.6		ATTIVITA' 1: vedi 1.5.7 è previsto il monitoraggio dei percorsi assistenziali e la rivalutazione in presenza di criticità e/o sulla base dei risultati delle analisi effettuate.	SS Qualità e Accreditamento	30/09/2021
	2.4.7				
2.5 La modalità di gestione della documentazione sanitaria	2.5.1	In corso di aggiornamento il Manuale per la compilazione della Cartella Clinica anche in previsione dell'implementazione della nuova piattaforma informativa per la gestione della cartella informatizzata.	ATTIVITA' 1: aggiornamento del documento aziendale per la corretta compilazione, gestione e verifica della Cartella Clinica. ATTIVITA' 2: verranno predisposte le azioni di miglioramento conseguenti all'analisi del monitoraggio della qualità della cartella clinica.	Direzione Sanitaria di Presidio SS Qualità e Accreditamento	ATTIVITA' 1: 30/06/2021 ATTIVITA' 2: 30/06/2021
	2.5.5	Non conformità minore: non risulta evidenza della valutazione sistematica e costante della qualità della documentazione sanitaria.			
4.2 Inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.1	Manca una procedura per la gestione del neo assunto Dirigente medico. - Si sottolinea la necessità di prevedere un percorso di affiancamento anche per il personale amministrativo.	ATTIVITA' 1: estensione della procedura di inserimento del neoassunto/neotrasferito da altra azienda ai dirigenti medici e al personale tecnico-amministrativo, con definizione del percorso di affiancamento, orientamento e valutazione al termine del periodo di prova.	Direzione Strategica	ATTIVITA' 1: 30/06/2021
	4.2.4	Non conformità minore: manca valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti.	ATTIVITA' 1: nella procedura per la definizione del percorso di affiancamento, orientamento e valutazione al termine del periodo di prova si prevederanno degli indicatori di efficacia che consentano eventuali azioni di miglioramento.	Direzione Strategica	ATTIVITA' 1: 30/06/2021

5.1 Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori	5.1.3	Dovrà essere stilato un documento che uniformi le modalità di comunicazione all'interno delle varie strutture e tra le varie figure professionali.	Nel mese di luglio 2020 la Direzione Generale ha organizzato appositi meeting aziendali volti ad analizzare e capitalizzare le esperienze maturate durante l'emergenza sanitaria Covid-19, che ha visto ridefinire in modo rapido ed improvviso schemi operativi, procedure, rapporti e categorie interpretative. Le azioni organizzative adottate per fronteggiare la pandemia sono state raccolte e organizzate al fine di strutturare processi di miglioramento e sviluppo. Sul tema della Comunicazione Organizzativa è stato pertanto avviato un percorso di Comunità di Pratica, il cui primo incontro si è tenuto il 23 settembre 2020 (Verbale allegato) e che proseguirà con la mappatura dei principali interventi, la definizione delle priorità e le conseguenti proposte operative (prossimo incontro il 20 ottobre 2020). Il Piano di Comunicazione avrà come obiettivo quello di sistematizzare ed efficientare le modalità di comunicazione già in uso all'interno dell'Azienda (Intranet, Newsletter, bacheche interne...) con quelle di nuova introduzione alla luce dell'esperienza della gestione dell'emergenza covid.	URP	31/07/2021
	5.1.4	Non è stata effettuata un'analisi formale e strutturata della comunicazione interna	ATTIVITA' 1: All'interno del piano della comunicazione sarà indicata la responsabilità della verifica di efficacia del sistema di comunicazione scelto. Come indicatore sarà richiesto il numero di verbali redatti sul numero di riunioni eseguite (evidenza di strumenti minimali come 1 verbale al mese). Tale indicatore è già stato inserito nella scheda di budget del 2020 tra gli obiettivi di qualità.	URP e SS Qualità e Accreditamento	ATTIVITA' 1: 31/07/2021
5.3 Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	5.3.1	La Carta dei Servizi on line dovrà essere aggiornata per l'anno 2020 con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato	Nel corso del 2020, al fine di procedere con l'avanzamento di quanto già programmato, l'Ufficio Comunicazione e URP, sulla base dei dati di utilizzo e consultazione di pagine ed argomenti dell'attuale sito (Google Analytics) e di alcune parole chiave fornite dall'associazione che si occupa dell'accoglienza in ospedale rispetto ai principali quesiti degli utenti che accedono ai servizi, nonché di indicazioni puntuali da parte della Direzione Generale, ha curato la progettazione del nuovo portale web dell'ASLBI, revisionando e implementando i relativi contenuti in vista della migrazione sulla nuova piattaforma. In particolare, è stata incrementata la sezione seconda della Carta dei Servizi (sezione Prontuario Biellese e Social News relative ai servizi offerti e a novità e aggiornamenti sull'offerta di tali servizi). L'attivazione del nuovo sito è prevista entro febbraio, con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato che potranno visionarlo e interagire in anteprima, al fine di fornire eventuali indicazioni utili circa contenuti da integrare e sviluppare. Questi suggerimenti saranno oggetto di valutazione e confronto nella fase successiva che si svilupperà tra marzo e maggio e che vedrà una revisione completa delle schede delle strutture e dei servizi ospedalieri, territoriali e della prevenzione con la collaborazione dei rispettivi vertici e staff (attività proposta come oggetto di obiettivo di budget 2021). Il processo terminerà con la realizzazione di un documento pdf e cartaceo che conterrà i principali contenuti informativi previsti dalla Carta dei Servizi e derivante dal lavoro editoriale di pubblicazione sul portale web, costantemente aggiornabile.	URP	30/06/2021
	5.3.3	La regolamentazione delle modalità di comunicazione interna devono ricomprendere tutti i livelli operativi.	ATTIVITA' 1: all'interno del piano della comunicazione interna verranno declinate le modalità di comunicazione tra sanitari, personale tecnico-amministrativo e con l'utenza.	URP e SS Qualità e Accreditamento	30/09/2021
5.4 Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi famigliari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	5.4.1	Si è riscontrata la mancata uniformità e aggiornamento delle modalità per la condivisione del percorso clinico e l'acquisizione del consenso informato.	ATTIVITA' 1: Si proseguirà con il censimento dei moduli di consenso informato presenti in Azienda, si programmerà la creazione di un'anagrafe della modulistica aziendale relativa all'acquisizione del consenso informato. ATTIVITA' 2: E' in programma la stesura di linee di indirizzo, al fine di uniformare le modalità per la condivisione del percorso clinico e l'acquisizione del consenso informato, alla luce della norma sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento (Legge n. 219/2017).  L'avvio e la partecipazione ad entrambe le attività sono stati inseriti tra gli Obiettivi dell'Area Qualità nelle schede di Budget delle Strutture Aziendali coinvolte per l'anno 2020	SS Qualità e Accreditamento Direzione Sanitaria di Presidio Area Territoriale Area prevenzione per quanto di competenza	ATTIVITA' 1-2: 30/09/2021
	5.4.2				



	5.4.4	Dovrà essere prevista una periodica revisione dei contenuti del documento di cui al punto 5.4.1.	Sarà prevista una periodica revisione dei contenuti delle linee di indirizzo di cui al punto 5.4.1 come previsto nella "Procedura per la progettazione, redazione, implementazione, diffusione, monitoraggio e revisione di un documento aziendale" .	SS Qualità e Accredimento Direzione Sanitaria di Presidio Area Territoriale Area prevenzione per quanto di competenza	Implementazione a partire dal 30/09/2021
6.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze	6.1.1	Non conformità minore: sono presenti procedure non raccolte organicamente e non aggiornate e diffuse adeguatamente.	ATTIVITA'1: prevista l'elaborazione di uno strumento (database) per la raccolta e la gestione dei documenti aziendali.	SS Qualità e Accredimento	ATTIVITA' 1: 31/03/2021