

Codice A1414D

D.D. 11 maggio 2022, n. 800

**"Azienda Sanitaria Locale di Novara" sita in viale Roma n. 7 a Novara (NO): 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 800/A1414D/2022**

**DEL 11/05/2022**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE  
A1400A - SANITA' E WELFARE**

**A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari**

**OGGETTO:** "Azienda Sanitaria Locale di Novara" sita in viale Roma n. 7 a Novara (NO): 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 del 10 aprile 2006, n. 60-2595 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 DGR del 28 giugno 2013, n. 3-6015 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 del 02 novembre 2015, n. 32-2633 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. 13461 del 25 febbraio 2022 (protocollo regionale n. 7657/A11414D del 28.02.2022) il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale di Novara sita in viale Roma n. 7 ha trasmesso autovalutazione per la verifica di accreditamento ai sensi della Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725, nel rispetto delle indicazioni regionali.

Con nota prot. n. 42935 del 10 maggio 2022 (protocollo regionale n. 17904/A1414D del 10.05.2022) 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 Novara sita in viale Roma n. 7 a Novara in cui si esprime parere tecnico favorevole di accreditabilità.

Nel rapporto di cui sopra si rappresenta che, al termine della verifica effettuata nei giorni 8 e 9 marzo 2022, sono state evidenziate alcune criticità classificate in non conformità minori o raccomandazioni e pertanto si richiedeva al Direttore Generale dell’Azienda di comunicare l’avvenuto superamento delle non conformità minori, delle raccomandazioni, dell’aggiornamento documentale/procedurale e dei requisiti dichiarati in parte soddisfatti. Si richiedeva inoltre di allegare le pertinenti evidenze o di predisporre un piano di miglioramento indicando le azioni da adottare, le tempistiche e le responsabilità di risoluzione delle stesse.

L’Organismo Tecnicamente Accreditante ha esaminato il piano di miglioramento ed ha ritenuto che le soluzioni proposte dal Direttore Generale sono adeguate per il superamento delle non conformità

e raccomandazioni riportate nel Rapporto di verifica e che le tempistiche di realizzazione ivi previste siano proporzionate alla complessità delle azioni da implementare, ad eccezione della tempistica relativa ai requisiti 5.4.1 e 5.4.2 del Manuale di accreditamento dove è opportuno prevedere tempi più stringenti per la revisione della procedura aziendale per la raccolta del Consenso Informato.

L'Organismo Tecnicamente Accreditante, come previsto dalla procedura di verifica accreditamento, si riserva di verificare entro il 31 dicembre 2022 lo stato di avanzamento delle attività previste dal piano di miglioramento, di monitorare i requisiti 1.1.1 e 5.4.1 e di relazionare puntualmente in merito 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, "*Azienda Sanitaria Locale di Novara*" sita in viale Roma n. 7 a Novara (NO), secondo l'articolazione dei servizi di diagnosi e cura rappresentata sull'applicativo ARPE – Archivio Regionale Punti di Erogazione;

2. 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;

3. di disporre che l'Azienda Sanitaria Locale indicata al punto 1. 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;

4. 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;

5. di disporre che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

*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 (A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari)

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. Piano\_di\_adequamento\_ASL\_NO.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

PIANO DI ADEGUAMENTO ASL NO IN SEGUITO A RAPPORTO DI VERIFICA																																								
NON CONFORMITÀ MINORI																																								
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Azioni migliorative	Tempistiche	Responsabilità																																		
2.5 La modalità di gestione della documentazione sanitaria	2.5.1	Formalizzazione e messa in atto di un protocollo che definisca i requisiti per la redazione, l'aggiornamento la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di documento contenente le indicazioni per la stesura, emissione, revisione, validazione dei documenti (es. protocolli, procedure, istruzioni di lavoro, percorsi diagnostici terapeutici,.....)</li> <li>√ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (es. lettera, Intranet, Internet,..)</li> <li>√ Monitoraggio della loro applicazione (almeno per quanto riguarda la valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche)</li> </ul>	È in corso di revisione il documento (cfr. CODICE: 01DMPO04 del 26/11/09) per la gestione della documentazione sanitaria.	Entro il 31/03/2023	S.C. DMPO/ S.C. Distretti/ DSM/ DPD/ DP/ SSD Consultori/ S.C. NPI/ SSD UOCP/ S.C. DiPSa/ SSD Psicologia/ S.C.AILCAT																																		
	2.5.2	Procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie ( <i>transition</i> ) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Facsimili, modulistica cartacea e/o informatica</li> </ul>				5.4 Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi famigliari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	5.4.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di linee di indirizzo/procedura (responsabilità, tempi...) relativa al processo di informazione finalizzato alla condivisione del percorso clinico e all'acquisizione del consenso informato</li> </ul>	È in corso di revisione la procedura aziendale per la raccolta del Consenso Informato	Entro il 31/03/2023	S.C. DMPO/ S.C. Distretti/ DSM / DPD/ DP/ SSD Consultori / S.C. NPI / SSD UOCP / S.C. DiPSa / S.C.AILCAT	5.4.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Linee di indirizzo/procedura per l'acquisizione del consenso</li> </ul>	RACCOMANDAZIONI							Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Azioni migliorative	Tempistiche	Responsabilità	1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1	Presenza del Piano Strategico aziendale, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di documenti quali l'Atto Aziendale, documenti di pianificazione strategica o di altri documenti equivalenti</li> <li>√ Vigenza del documento stesso</li> <li>√ Evidenza che lo stesso sia stato diffuso almeno con una modalità dimostrabile (lettera, email, Intranet, Internet, ecc....) e ai principali livelli dirigenziali e di coordinamento</li> </ul>	Si conferma che a conclusione del periodo pandemico la periodicità di pubblicazione dei nuovi documenti sarà nuovamente allineata a quanto previsto dalla Istruzione Operativa "Gestione dei documenti all'interno del GoCSS" (cfr. 030/Is/18/Rev.0)	Cfr. All. A		2.3 Continuità assistenziale	2.3.1	Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza
5.4 Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi famigliari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	5.4.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di linee di indirizzo/procedura (responsabilità, tempi...) relativa al processo di informazione finalizzato alla condivisione del percorso clinico e all'acquisizione del consenso informato</li> </ul>	È in corso di revisione la procedura aziendale per la raccolta del Consenso Informato	Entro il 31/03/2023	S.C. DMPO/ S.C. Distretti/ DSM / DPD/ DP/ SSD Consultori / S.C. NPI / SSD UOCP / S.C. DiPSa / S.C.AILCAT																																		
	5.4.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Linee di indirizzo/procedura per l'acquisizione del consenso</li> </ul>				RACCOMANDAZIONI							Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Azioni migliorative	Tempistiche	Responsabilità	1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1	Presenza del Piano Strategico aziendale, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di documenti quali l'Atto Aziendale, documenti di pianificazione strategica o di altri documenti equivalenti</li> <li>√ Vigenza del documento stesso</li> <li>√ Evidenza che lo stesso sia stato diffuso almeno con una modalità dimostrabile (lettera, email, Intranet, Internet, ecc....) e ai principali livelli dirigenziali e di coordinamento</li> </ul>	Si conferma che a conclusione del periodo pandemico la periodicità di pubblicazione dei nuovi documenti sarà nuovamente allineata a quanto previsto dalla Istruzione Operativa "Gestione dei documenti all'interno del GoCSS" (cfr. 030/Is/18/Rev.0)	Cfr. All. A		2.3 Continuità assistenziale	2.3.1	Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Esplicitazione del modello organizzativo adottato (presenza del/i documento/i)</li> <li>verifica a campione dell'applicazione del/dei modelli definiti</li> </ul>	Premesso che la scheda di affiancamento è già utilizzata per l'inserimento di tutto il personale, compreso il personale trasferito e neoinserito, si è provveduto alla revisione della relativa scheda: "Scheda di inserimento di personale neoassunto/neo trasferito/riammesso dopo lunga assenza/altro personale." (cfr. 105/Mod/20/Rev.001)	Cfr. All. B							
RACCOMANDAZIONI																																								
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Azioni migliorative	Tempistiche	Responsabilità																																		
1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1	Presenza del Piano Strategico aziendale, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di documenti quali l'Atto Aziendale, documenti di pianificazione strategica o di altri documenti equivalenti</li> <li>√ Vigenza del documento stesso</li> <li>√ Evidenza che lo stesso sia stato diffuso almeno con una modalità dimostrabile (lettera, email, Intranet, Internet, ecc....) e ai principali livelli dirigenziali e di coordinamento</li> </ul>	Si conferma che a conclusione del periodo pandemico la periodicità di pubblicazione dei nuovi documenti sarà nuovamente allineata a quanto previsto dalla Istruzione Operativa "Gestione dei documenti all'interno del GoCSS" (cfr. 030/Is/18/Rev.0)	Cfr. All. A																																			
2.3 Continuità assistenziale	2.3.1	Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Esplicitazione del modello organizzativo adottato (presenza del/i documento/i)</li> <li>verifica a campione dell'applicazione del/dei modelli definiti</li> </ul>	Premesso che la scheda di affiancamento è già utilizzata per l'inserimento di tutto il personale, compreso il personale trasferito e neoinserito, si è provveduto alla revisione della relativa scheda: "Scheda di inserimento di personale neoassunto/neo trasferito/riammesso dopo lunga assenza/altro personale." (cfr. 105/Mod/20/Rev.001)	Cfr. All. B																																			

## Copia di lavoro priva di valore giuridico

2.5 La modalità di gestione della documentazione sanitaria	2.5.5	Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario	√ vedi punto 2.5.1 presenza di report e di eventuali Azioni Correttive (AC)	È in corso di revisione il regolamento per la gestione della documentazione sanitaria dove saranno previste delle nuove modalità di valutazione della qualità della documentazione stessa	Entro il 31/03/2023	S.C. DMPO/ S.C. Distretti/ DSM/ DPD/ DP/ SSD Consultori/ S.C. NPI/ SSD UOCP/ S.C. DiPSa/ SSD Psicologia/ S.C.AILCAT
3.1 L' idoneità all'uso delle strutture	3.1.4	Presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale	√ Riunione periodica con il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e relativo report o verbale √ Analisi degli infortuni con azioni correttive	È in corso di revisione il documento relativo alla gestione degli infortuni prevedendo anche l'analisi dei singoli infortuni e la predisposizione di eventuali azioni correttive	Entro il 31/03/2023	RSPP/ Medico Competente
5.1 Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori	5.1.4	Valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario	√ Evidenza di aver effettuato almeno una verifica di efficacia del sistema di comunicazione adottato	La verifica dell'efficacia del sistema di comunicazione interna è monitorata attraverso alcuni item del questionario di soddisfazione interna, condotto annualmente in una settimana indice. Si allega esempio.	Cfr. All. C	
5.3 Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	5.3.6	Modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche	√ Evidenza di modalità definite	Le modalità adottate per l'informazione al paziente e ai familiari sono descritte all'interno della. "Procedura per la gestione della comunicazione con i familiari/caregiver dei pazienti ospedalizzati" (COD: 005/ASLNO/22/ReV.0 - Determina del Direttore SC Direzione Medica N. 591 del 12/04/2022)	Cfr. All. D	
5.5 Modalità di ascolto dei pazienti	5.5.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami, disservizi, elogi, suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc. ...) √ Evidenza della diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'Azienda	Nell'aggiornamento del documento "Procedura per la valutazione dei reclami e l'attivazione dei correttivi e misure risolutive (del 08/04/2008)" sarà prevista la modalità operativa per la diffusione interna all'azienda della risultanza delle attività svolte nella gestione dei reclami	Entro il 31/03/2023	S.C. AILCAT
6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	6.2.1	Esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione	a) Presenza di un Comitato (Comitato infezioni associate assistenza sanitaria) multi professionale e multidisciplinare adeguato alle caratteristiche dell'istituzione, proprio o in convenzione con enti/professionisti esterni presenza di uno o più documenti con le caratteristiche indicate nel requisito b) Presenza di documentazione relativa ad attività di sorveglianza, pianificate annualmente, controllo e formazione coerenti con i rischi prevalenti identificati nella struttura, ad esempio: procedure di isolamento, controllo delle resistenze microbiche, disinfezione, sterilizzazione, lavaggio mani, gestione rifiuti, prevenzione delle infezioni chirurgiche, urinarie, batteriemie, polmoniti nosocomiali, tutela dal rischio infettivo per i lavoratori, gestione epidemie. c) Evidenza del coinvolgimento dei pazienti nelle strategie preventive (P5.6) d) Presenza di attività inerenti la gestione del rischio clinico che tengano anche conto delle indicazioni fornite dai documenti emessi dal Ministero della Salute e dalla Regione (implementazione di Raccomandazioni, Linee Guida o di indirizzo, Manuali, progetti di miglioramento, azioni correttive o preventive, monitoraggio, formazione, ecc....)	In fase di aggiornamento delle specifiche procedure relative alle raccomandazioni ministeriali verrà precisato maggiormente il ruolo del paziente nelle strategie di prevenzione del rischio clinico.	Secondo le tempistiche previste dalle singole procedure	SSD GoCSS
7.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa	7.3.3	Monitoraggio dell'efficacia dell' intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione	√ Previsione di indicatori di valutazione e monitoraggio per le attività innovative dell'Azienda (almeno 1/3 anni) nel piano strategico e/o nel documento di preprogrammazione e/o in analogo documento	Verranno prodotti i report dell'avvenuto monitoraggio dell'efficacia del percorso dell'innovazione-valutazione-adozione	Entro il 31/03/2023	S.C. Farmacia ospedaliera/ S.C. STP

PROCEDURE/DOCUMENTAZIONE DA AGGIORNARE						
1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	1.2.3	Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di circolari attuative della normativa</li> <li>√ Scale di valutazione</li> <li>√ Protocolli antalgici</li> <li>√ Iniziative del comitato ospedale e territorio senza dolore, se presente</li> </ul>	Il Comitato per "L'Ospedale senza dolore" è stato aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale N. 190 del 11/04/2022	Cfr. All. E	
1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	1.4.2	Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di protocolli o procedure anche informatiche, regolamenti che specifichino indirizzi operativi (definizione di classi di priorità)</li> </ul>	Si è provveduto alla revisione del documento (COD: 02.DMPPOOR.08 - Deliberazione. n. 992 del 30/12/2008) con il documento "Regolamento per la gestione delle liste d'attesa per ricoveri programmati (COD: 007/ASLNO/22/Rev.001 - Determina del Direttore SC Direzione Medica N. 589 del 11/04/2022) che garantisce la trasparenza e definisce le modalità di aggiornamento sistematico delle liste d'attesa	Cfr. All. F	
1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.1	Procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami/disservizi/elogi/suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc...)</li> </ul>	È in corso di revisione la "Procedura per la valutazione dei reclami e l'attivazione dei correttivi e misure risolutive (del 08/04/2008)"	Entro il 31/03/2023	S.C. AILCAT
	1.6.2	Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Evidenza della diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'Azienda</li> <li>√ Azioni di miglioramento in presenza di criticità</li> </ul>		Entro il 31/03/2023	S.C. AILCAT
	1.6.3	Monitoraggio delle azioni di miglioramento	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Evidenza di rivalutazione delle azioni di miglioramento intraprese</li> </ul>		Entro il 31/03/2023	S.C. AILCAT
	1.6.5	Attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente).	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Evidenza di analisi di almeno un processo critico, anche a seguito di quanto previsto al punto 1.6.2</li> </ul>		Entro il 31/03/2023	S.C. AILCAT
2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	2.2.3	Definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di documenti in cui siano identificati ruoli e responsabilità dei professionisti (PDTA, procedura gestione accettazione ricovero, cambiamento setting assistenziale)</li> </ul>	Si è provveduto alla revisione del documento (COD: 02.DMPPOOR.08 - Deliberazione. n. 992 del 30/12/2008) con il documento "Regolamento per la gestione delle liste d'attesa per ricoveri programmati (COD: 007/ASLNO/22/Rev.001 - Determina del Direttore SC Direzione Medica N. 589 del 11/04/2022)	Cfr. All. F	
5.3 Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	5.3.3	Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di un documento che definisca le modalità adottate per la comunicazione (responsabilità, tempi ...) a persone diverse dal paziente, compreso l'eventuale addestramento del caregiver (es. momento di formazione, incontro, schede valutazione NOCC...)</li> </ul>	Si è provveduto all'approvazione della procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver. "Procedura per la gestione della comunicazione con i familiari/caregiver dei pazienti ospedalizzati" (COD: 005/ASLNO/22/ReV.0 - Determina del Direttore SC Direzione Medica N. 591 del 12/04/2022)	Cfr. All. D	
	5.3.6	Modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Evidenza di modalità definite</li> </ul>	Si è provveduto alla revisione della procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver con il documento "Procedura per la gestione della comunicazione con i familiari/caregiver dei pazienti ospedalizzati". Di seguito è riportato il riferimento del documento e della delibera (COD: 005/ASLNO/22/ReV.0 - Determina del Direttore SC Direzione Medica N. 591 del 12/04/2022)	Cfr. All. D	
5.5 Modalità di ascolto dei pazienti	5.5.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami, disservizi, elogi, suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc. ...)</li> <li>√ Evidenza della diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'Azienda</li> </ul>	È in corso di revisione la "Procedura per la valutazione dei reclami e l'attivazione dei correttivi e misure risolutive (del 08/04/2008)".	Entro il 31/03/2023	S.C. AILCAT
	5.5.5	Diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Evidenza della avvenuta diffusione</li> </ul>	Tale requisito sarà pienamente soddisfatto a seguito della messa online del nuovo sito aziendale	Entro il 31/03/2023	S.C. SICG





## GESTIONE DEI DOCUMENTI ALL' INTERNO DEL GOCSS

COD: 030/Is/18/Rev.0

AZIONE	RESPONSABILITÀ	MODALITÀ	TEMPISTICA
Valutare il documento e assegnare la priorità	Coordinatore infermieristico	Valutazione del tipo di documenti (ad esempio se istruzione operativa o procedura o se clinico sanitaria/amministrativa) in relazione al contenuto e/o alla complessità del processo trattato. Il documento verrà re-inviato al GDL nel caso in cui fosse redatto con modello non idoneo (cfr. 028/Mod/18/Rev.0) e (cfr. 030/Is/18/Rev.0). Se redatto con modello idoneo si procede a: - verifica dei contenuti; - assegnazione codice di priorità: giorni 30: cogente con scadenza; giorni 180: programmata.	7 giorni lavorativi dal ricevimento del documento
Inserire dati nel file di gestione dei documenti	Coordinatore infermieristico	Inserire tipo di documento, titolo, codice di priorità, data di redazione e date relative ai vari passaggi (verifica, invio, aggiornamento).	7 giorni lavorativi dal ricevimento del documento
Verificare il documento	Responsabile del GoCSS, Coordinatore infermieristico /CPSI, Personale amministrativo Novara	Durante la verifica del documento sarà valutato il formato con <i>editing</i> del documento e i contenuti per competenze specifiche. A seconda della tipologia del documento sono previste verifiche differenti (cfr.048/all/18/Rev.0).	In base al codice di priorità stabilito in fase di valutazione del documento
Re-inviare documento al GDL	Chi ha effettuato la prima verifica	Una volta verificato il documento viene re-inviato al GDL motivandone le osservazioni fatte affinché i componenti prendono visione degli eventuali suggerimenti. Nella mail di invio va specificato che qualora si ritengano utili ulteriori rettifiche, il documento dovrà essere re-inviato al GoCSS all'indirizzo email: <a href="mailto:qualita@asl.novara.it">qualita@asl.novara.it</a> .	In base al codice di priorità stabilito in fase di valutazione del documento
Aggiornare il documento	Coordinatore infermieristico /CPSI/ personale amministrativo	Integrare il documento con suggerimenti/integrazioni proposte dal GDL.	7 giorni lavorativi dal ricevimento del documento



## GESTIONE DEI DOCUMENTI ALL' INTERNO DEL GOCSS

COD: 030/Is/18/Rev.0

Consegnare il frontespizio del documento al fine di procedere alla raccolta delle firme	Personale amministrativo	Stampa del frontespizio del documento che verrà consegnato al RQR o al referente del gruppo di lavoro, precisando che deve procedere alla raccolta delle firme e deve riconsegnarlo presso il GoCSS della sede di Novara o Borgomanero, con consegna diretta o posta interna. Contestualmente inviare l'intero documento per conoscenza agli approvatori via mail. Se trattasi di istruzioni operativa inviare via mail il documento ai redattori, precisando che provvedano alla raccolta delle firme e riconsegnino il documento in originale firmato presso il GoCSS della sede di Novara o Borgomanero.	In funzione del codice di priorità
Firmare il frontespizio dopo la verifica del documento	Responsabile del GoCSS e/o persona da lui individuata	Appongono le firme nell'apposito spazio sul frontespizio.	Alla riconsegna del frontespizio firmato dai redattori
Inviare frontespizio per firma degli approvatori	Personale Amministrativo Novara	Invio tramite posta interna a DMPO di Borgomanero e consegna a mano presso la segreteria della Direzione Generale di Novara, tenendo conto del calendario dei Collegi di Direzione affinché le segreterie procedano alla raccolta firme: nei giorni in cui si riunisce il Collegio di Direzione per Novara e telefonando agli approvatori per Borgomanero. NB: In caso di documento deliberato, il vertice direzionale effettuerà l'approvazione attraverso la firma dei "pareri", che costituiscono parte integrante dell'atto deliberativo.	Successivamente all'apposizione delle firme dei verificatori
Aggiornare il documento	Chi ha effettuato la verifica	Inserire le eventuali modifiche e/o suggerimenti introdotte dagli approvatori.	7 giorni lavorativi dal ricevimento di eventuali suggerimenti.



## GESTIONE DEI DOCUMENTI ALL' INTERNO DEL GOCSS


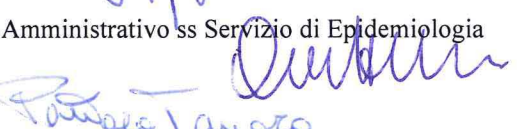
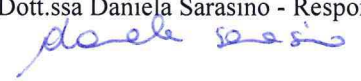
COD: 030/Is/18/Rev.0

Stampare, scansionare e inviare documento	Personale Amministrativo Novara	Procede a stampa, scansione ed invio del documento al Direttore/Responsabile di Struttura per le istruzioni operative o documenti da formalizzare tramite determina. Per i documenti da formalizzare tramite delibera procedere ad inviare il documento all'incaricato della stesura della proposta di delibera.	Previa cogenza, 5 giorni lavorativi
Inserire documento nel Database	Personale Amministrativo Novara	<i>(cfr. 049/all/18/Rev.0)</i>	5 giorni lavorativi
Archiviare il documento cartaceo	Personale Amministrativo Novara	Inserire il documento nell'apposito faldone dedicato, ordinandolo per numero progressivo di codice. I documenti saranno custoditi a Novara per un periodo di 3 anni, dopodiché verranno mandati alla ditta appaltatrice, che si occupa dell'archivio.	Contestualmente all'inserimento nel database.
Verificare funzionamento	Personale Amministrativo Novara	Successivamente all'inserimento del documento nel Database viene verificata la presenza del documento e degli allegati nella piattaforma Intranet.	Entro 5 giorni lavorativi
Gestire il malfunzionamento	Personale Amministrativo Novara	In caso di segnalazioni di malfunzionamento della piattaforma da parte degli utenti utilizzatori sarà cura del personale amministrativo di Novara: <ul style="list-style-type: none"><li>• Verificare eventuali problemi nel database.</li><li>• Nel caso di problemi non correlati al database, chiamare il tecnico convenzionato. Tel. 3383604529</li></ul>	Entro un giorno lavorativo dall'individuazione del malfunzionamento



**GESTIONE DEI DOCUMENTI ALL' INTERNO DEL GOCSS**

COD: 030/Is/18/Rev.0

REDATTO	APPROVATO
<p>Dott. Fabio Del Gaudio - CPSI ssd GoCSS </p> <p>Dott.ssa Orietta Mariani - Assistente Amministrativo ss Servizio di Epidemiologia</p> <p>CPSI Tamara Pattaroni - ssd GoCSS </p>	<p>Dott.ssa Daniela Sarasino - Responsabile ssd GoCSS – ss. Servizio di Epidemiologia </p>
DATA: 02/11/2018	



## SCHEMA DI VERIFICA DEI DOCUMENTI

Cod: 048/all/18/Rev.0

Tipologia documento	Valutazione dei contenuti*: CPSI/coordinatore infermieristico	Valutazione dei contenuti Amministrativo Novara	Valutazione dei contenuti: Responsabile GoCSS	Valutazione formale**: Amministrativo Novara
Istruzione operative clinico sanitarie del comparto	x			x
Istruzioni operative sanitarie della dirigenza	x		x	x
Istruzioni operative clinico amministrative	x	x	x	x
Altri documenti sanitari	x		x	x
Altri documenti amministrativi		x	x	x

\*Durante la valutazione contenutistica verranno:

- ✓ evidenziate in verde le eventuali integrazioni;
- ✓ barrati i contenuti eliminabili;
- ✓ inseriti come commenti eventuali domande o chiarimenti (tramite il comando revisione).

\*\* Valutazione formale: editing documento e assegnazione codici

I codici vengono assegnati utilizzando il “generatore di codici” che si trova al seguente indirizzo:

\\10.54.201.217\DatiUtente\Monitoraggio\QUALITA'\database PROC

Il file Excel “generatore di codici” è suddiviso in più fogli che codificano documenti diversi (procedure, istruzioni operative etc.). Scegliere il foglio corrispondente al documento da inserire, e scrivere il titolo, la struttura, l’anno del documento nel primo posto libero nelle celle dedicate, dopodiché copiare ed incollare sul documento il codice che si è generato automaticamente.

Cod: 048/all/18/Rev.0



Per l'inserimento del documento nel database aziendale è necessario che:

1. Il documento definitivo in formato pdf sia reso "aperto". Nel database aziendale verrà inserito sia il documento "chiuso" che "aperto". Queste operazioni sono rese possibili tramite l'apposito programma presente nella ssd. GoCSS che permette di modificare i file pdf.
2. I documenti con delibera provenienti dalla SC Affari Istituzionali da inserire nel database aziendale sono da "spacchettare" ossia dividere il documento dagli allegati, dalla proposta di delibera e dai pareri del Vertice Direzionale.
3. Gli allegati devono essere lasciati con la delibera nel documento chiuso, nel documento aperto vanno invece estrapolati ed inseriti nelle apposite celle del database, sia "orizzontalmente", che "verticalmente", in modo da poterli recuperare singolarmente.
4. Una volta reso aperto il documento, inserire i files nel percorso: \\10.54.201.217\DatiUtente\Monitoraggio\QUALITA\database PROC\DEF, all'interno della cartella della struttura che ha redatto il documento, ove non ci fosse, crearla prima di inserire il file.
5. Effettuare il collegamento ipertestuale al relativo file inserito all'interno della cartella della struttura che l'ha redatto e i relativi allegati.
6. In caso di revisioni, sostituire il file presente con il file revisionato, e spostare nella cella **old** la vecchia versione.
7. **Mai in nessun caso i file già inseriti nella cartella DEF devono essere modificati o spostati.**



**SCHEDA DI INSERIMENTO DI PERSONALE NEOASSUNTO/NEO  
TRASFERITO/RIAMMESSO DOPO LUNGA ASSENZA/ALTRO PERSONALE**

**CODICE:**  
105/Mod/20/Rev.001

**STRUTTURA:** \_\_\_\_\_

DATA INZIO AFFIANCAMENTO:

<b>Obiettivi del percorso di affiancamento</b>	<b>Risultati attesi</b>	<b>Tempi di realizzazione</b>	<b>Strumenti utilizzati</b>	<b>Valutazione intermedia</b>	<b>Valutazione finale</b>
				<b>DATA:</b>	<b>DATA:</b>
				<b>DATA:</b>	<b>DATA:</b>
				<b>DATA:</b>	<b>DATA:</b>
				<b>DATA:</b>	<b>DATA:</b>
				<b>DATA:</b>	<b>DATA:</b>
				<b>DATA:</b>	<b>DATA:</b>
				<b>DATA:</b>	<b>DATA:</b>

*Nome cognome e professione del dipendente neoassunto:* \_\_\_\_\_ *Nome e cognome tutor:* \_\_\_\_\_

 <b>A.S.L. NO</b> 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322845005	<b>S.I.M.T. BORGOMANERO</b> Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero	CODICE MOD065  Emesso il: 18/11/2020  Valido dal: 18/11/2020
	<b>QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE SODDISFAZIONE</b>	Revisione 01 Pagina 1 di 5
Redatta da: RESPONSABILE QUALITA'	Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	

### Gentile collega

Le chiediamo di dedicare un po' di tempo per conoscere la sua opinione sul servizio fornito dal Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) dell'Ospedale di Borgomanero - ASL Novara.

Il questionario che Le chiediamo di compilare rientra in un programma di indagine periodica sulla "soddisfazione del Cliente", come previsto dal Sistema di Gestione Qualità del SIMT.

Le sue risposte ci consentiranno di valutare e migliorare i servizi forniti.

La preghiamo di restituire il questionario compilato al SIMT attraverso il normale canale di invio provette/ritiro emocomponenti. Per informazioni e chiarimenti contattare il numero 0322/848481 .

Grazie per la collaborazione.

Responsabile SC SIMT- CPVE  
 Dr. Giovanni Camisasca

### Parte Prima - Anagrafica Compilatore

Data di compilazione	____/____/_____
----------------------	-----------------

Qualifica operatore	<input type="checkbox"/> Medico strutturato /dirigente <input type="checkbox"/> Medico tirocinante	<input type="checkbox"/> Capo sala <input type="checkbox"/> Infermiere
---------------------	---	---

Dipartimento: _____	Categoria:	<input type="checkbox"/> Degenza Ordinaria <input type="checkbox"/> Day Hospital <input type="checkbox"/> Ambulatorio
Struttura Complessa: _____		

Frequenza di utilizzo del servizio Banca del Sangue	<input type="checkbox"/> Quotidiana <input type="checkbox"/> 2/3 volte a settimana <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> 2/3 volte al mese <input type="checkbox"/> Meno di una volta al mese
---	---

Tipologia di analisi richieste più frequentemente	<input type="checkbox"/> Test pretrasfusionali <input type="checkbox"/> Valutazione MEN (solo per Ostetricia e Nido)
---	--

Emocomponenti/emoderivati richiesti più frequentemente	<input type="checkbox"/> Emazie <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Piastrine <input type="checkbox"/> Albumina
--	---



 <b>A.S.L. NO</b> 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322845005	<b>S.I.M.T. BORGOMANERO</b> Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero	CODICE MOD065  Emesso il: 18/11/2020  Valido dal: 18/11/2020
	QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE SODDISFAZIONE	Revisione 01 Pagina 2 di 5
Redatta da: RESPONSABILE QUALITA'	Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	

### Parte seconda - Valutazione dell'attività di informazione

Il nostro servizio ha predisposto e fornito le "Standard di Servizio: Guida all'Utilizzo del SIMT (ALLO19)"

E' presente nel suo reparto ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO, perché _____
Lo utilizza ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO, perché _____
Lo ritiene utile per la sua attività?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO, perché _____

Il nostro servizio ha predisposto e fornito le "Standard di servizio: Richiesta Informatizzata, Sicurezza a letto del Paziente e Cassettiera automatica (ALLO29)"

E' presente nel suo reparto ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO, perché _____
Lo utilizza ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO, perché _____
Lo ritiene utile per la sua attività?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO, perché _____

### Parte terza - Valutazione del servizio offerto dal SIMT

In merito all' UTILIZZO DEL SERVIZIO ritiene che per quanto riguarda l' Accettazione:	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
Le <b>informazioni</b> relative alle modalità stabilite per l' <b>accesso</b> (orari, luogo di consegna di campioni e richieste) siano : - chiare - esaurienti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le <b>informazioni</b> relative alle <b>richieste di prestazioni</b> (esami, richieste emocomponenti) siano: - chiare - esaurienti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le modalità di utilizzo della <b>modulistica</b> per le richieste in <b>urgenza</b> e in <b>routine</b> siano: - chiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il <b>luogo</b> di consegna dei campioni e delle richieste sia: - ben segnalato - accessibile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	<b>A.S.L. NO</b> 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322845005	<b>S.I.M.T. BORGOMANERO</b> Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero <b>QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE SODDISFAZIONE</b>	CODICE MOD065 Emesso il: 18/11/2020 Valido dal: 18/11/2020
Redatta da: RESPONSABILE QUALITA'		Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	Revisione 01 Pagina 3 di 5

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
Gli <b>orari</b> stabiliti per la consegna di campioni e richieste siano: - compatibili con le esigenze del reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spazio per commenti: _____				

 <b>A.S.L. NO</b> 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322845005	<b>S.I.M.T. BORGOMANERO</b> Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero	CODICE MOD065 Emesso il: 18/11/2020 Valido dal: 18/11/2020
	<b>QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE SODDISFAZIONE</b>	Revisione 01 Pagina 4 di 5
Redatta da: RESPONSABILE QUALITA'	Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	

In merito all' UTILIZZO DEL SERVIZIO per quanto riguarda i <b>Referti</b> ritiene che:	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
<b>I tempi di refertazione</b> siano : - adeguati alle esigenze del reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I referti</b> siano : - chiari - completi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Spazio per commenti: _____				

In merito all' UTILIZZO DEL SERVIZIO per quanto riguarda la <b>Consegna degli Emocomponenti</b> ritiene che:	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
<b>I tempi di consegna</b> siano rispettati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Le informazioni</b> sulle modalità di ritiro degli emocomponenti siano: - chiare - esaurienti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Il luogo</b> di ritiro degli emocomponenti sia : - ben segnalato - accessibile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>La modulistica di accompagnamento</b> sia : - chiara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Le modalità di conservazione riportate sugli emocomponenti</b> ed i tempi entro i quali devono essere trasfusi siano : - chiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spazio per commenti: _____				

 <b>A.S.L. NO</b> 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322845005	<b>S.I.M.T. BORGOMANERO</b> Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero	CODICE MOD065 Emesso il: 18/11/2020 Valido dal: 18/11/2020
	QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE SODDISFAZIONE	Revisione 01 Pagina 5 di 5
Redatta da: RESPONSABILE QUALITA'	Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	

In merito alle richieste "URGENTISSIME" (senza l'esecuzione dei test pretrasfusionali) ritiene che:	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
Le <b>modalità</b> per richiedere le unità di globuli rossi in "urgentissima" siano - semplici - comprensibili	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>I tempi di consegna</b> siano rispettati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spazio per commenti: _____				

In merito al PERSONALE del SIMT ritiene che:	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
gli operatori siano : - disponibili - efficienti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
le informazioni fornite dagli operatori siano: - chiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spazio per commenti: _____				

#### Parte quarta- Suggerimenti per il miglioramento

Le chiediamo infine di indicare quelle che per lei sono le aree di possibile miglioramento tra quelle elencate:

- Tempi di Refertazione/Referti
- Accesso al servizio
- Chiarezza delle informazioni/modulistica
- Tempi di consegna degli emocomponenti
- Disponibilità del personale della Banca del Sangue



**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale  
Novara  
di Novara

Sede Legale: via Dei Mille, 2 – 28100

Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519

[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

---

DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA

S.C. C.P.V.E. - S.S. Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche

Direttore Dr. Giovanni Camisasca

Tel. 0322 848225

**Borgomanero, li 28/10/2021**

**CUSTOMER SATISFACTION (interni)**

**STRUTTURA: S.C. C.P.V.E. Servizio Trasfusionale**

Nella settimana indice, compresa tra il 24 e il 30 maggio 2021, sono stati raccolti le risposte del gradimento dei utenti interni: Dipartimento e S.C., S.S. Strutture a valenza dipartimentale dell'ASL NO (degenza ordinaria 45,5%, day hospital 9,1% ed ambulatorio 45,5%), mediante l'utilizzo del codice QR, inviato via mail a tutti i CPSE e CPSI, per un totale di 50 mail.

Per rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza e per avere dei risultati confrontabili tra loro è stato utilizzato un questionario strutturato, con 16 domande chiuse (che rendono i dati facilmente confrontabili) e con la richiesta di commenti, per lasciare alle strutture sia la possibilità di esprimere un proprio giudizio su aspetti ritenuti importanti ma sfuggiti nella costruzione del questionario, sia per far emergere le peculiarità del SIMT.

Su **50** questionari inviati alle S.C., S.S, Servizi, (afferenti prevalentemente al P.O. di Borgomanero) si è ricevuta la compilazione di ritorno soltanto da parte di **11**, ovvero il **22%** degli "intervistati".

La customer è composta da seguenti blocchi:

1. "anagrafica compilatore/struttura"
2. "valutazione dell'attività di informazione" con 2 quesiti,
3. "valutazione del servizio offerto dal SIMT" con 13 quesiti e 4 spazi per commenti liberi
4. personale
5. "suggerimenti per il miglioramento", con un quesito

1. Le figure sanitarie, che hanno risposto ai quesiti sono per 54,5% capo sala e per il 45,5% infermieri, appartenenti per il 63,6% a S.C. e il restante a Dipartimento.

La frequenza di utilizzo prevalente è meno di una volta al mese (45,5%); il restante si divide tra il gruppo 2-3 volte a settimana (27,3%) e quello 2-3 volte al mese (27,3%)

La tipologia delle analisi più frequentemente richieste, per il 90,9% sono i test pretrasfusionali; mentre gli emocomponenti/emoderivati richiesti sono per il 100% le emazie.



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

---

Azienda Sanitaria Locale NO

S.C. Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia – ASL NO

Istruttore della patrica: Dott.ssa C.M.Carrara

Via Mons. Cavigioli – 28021 Borgomanero - Tel. 0322-848548 - email: labo.bor@asl.novara.it



**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale  
Novara  
di Novara

Sede Legale: via Dei Mille, 2 – 28100

Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519

[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA

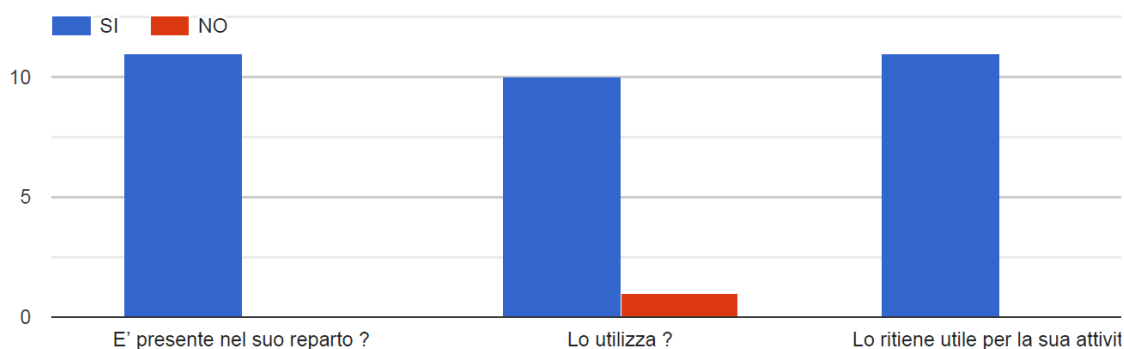
S.C. C.P.V.E. - S.S. Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche

Direttore Dr. Giovanni Camisasca

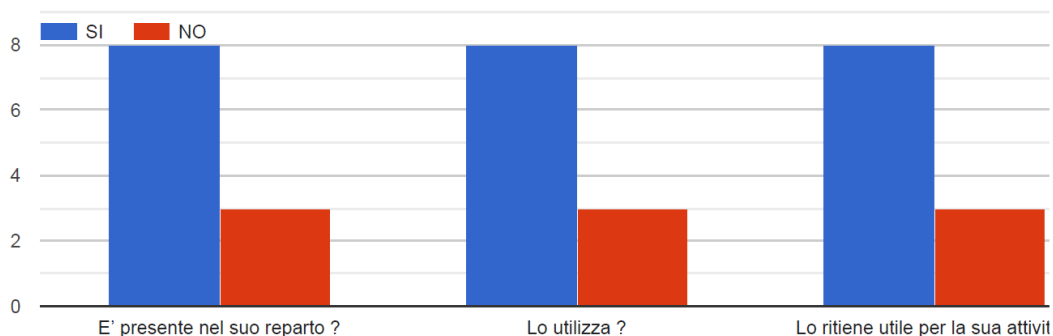
Tel. 0322 848225

2. L'attività di informazione, effettuata dal SIMT presso le Strutture e Dipartimenti, avviene mediante le "Standard di Servizio", documenti presenti e ritenuti utili dalla quasi totalità degli utenti interni, come si evince dai grafici sottostanti

Il nostro servizio ha predisposto e fornito le "Standard di Servizio: Guida all'Utilizzo del SIMT (ALL019)"



Il nostro servizio ha predisposto e fornito le "Standard di servizio: Richiesta Informatizzata, Sicurezza a letto del Paziente e Cassettiera automatica (ALL029)"



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

Azienda Sanitaria Locale NO

S.C. Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia – ASL NO

Istruttore della patrica: Dott.ssa C.M.Carrara

Via Mons. Cavigioli – 28021 Borgomanero - Tel. 0322-848548 - email: labo.bor@asl.novara.it



**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale  
Novara  
di Novara

Sede Legale: via Dei Mille, 2 – 28100

Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519

[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA

S.C. C.P.V.E. - S.S. Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche

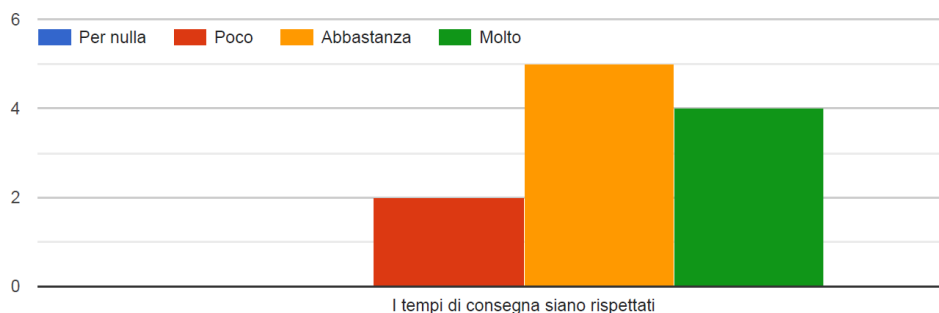
Direttore Dr. Giovanni Camisasca

Tel. 0322 848225

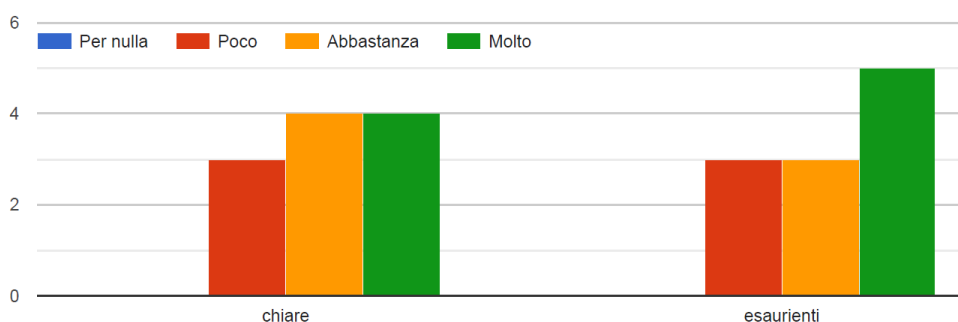
**3.** Per quanto riguarda la valutazione del servizio offerto: modalità stabilite per l'accesso, richiesta prestazioni, utilizzo modulistica richieste sia in urgenza che in routine, luogo ed orario consegna campioni e richieste l'opinione in generale è abbastanza/molto buona.

In particolare per le informazioni, la modulistica, l'attività legata agli emocomponenti si riscontrano le seguenti risposte:

In merito all' UTILIZZO DEL SERVIZIO per quanto riguarda la Consegna degli Emocomponenti ritiene che:



Le informazioni sulle modalità di ritiro degli emocomponenti siano:



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

Azienda Sanitaria Locale NO

S.C. Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia – ASL NO

Istruttore della patrica: Dott.ssa C.M.Carrara

Via Mons. Cavigioli – 28021 Borgomanero - Tel. 0322-848548 - email: labo.bor@asl.novara.it



**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale  
Novara  
di Novara

Sede Legale: via Dei Mille, 2 – 28100

Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519

[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

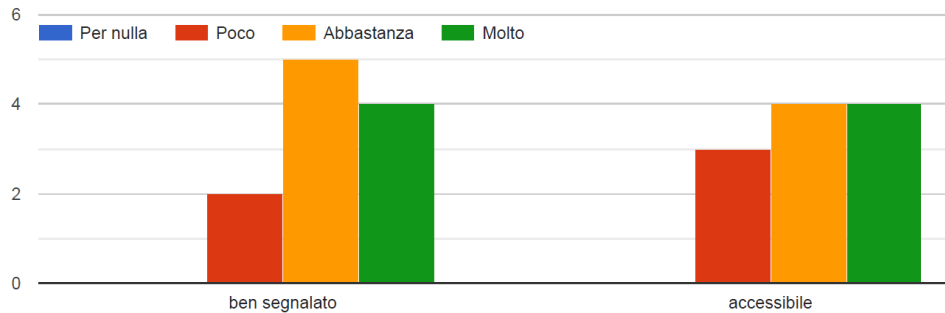
DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA

S.C. C.P.V.E. - S.S. Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche

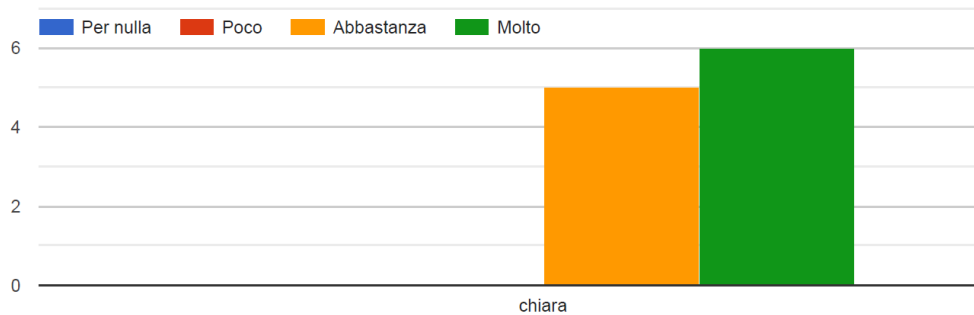
Direttore Dr. Giovanni Camisasca

Tel. 0322 848225

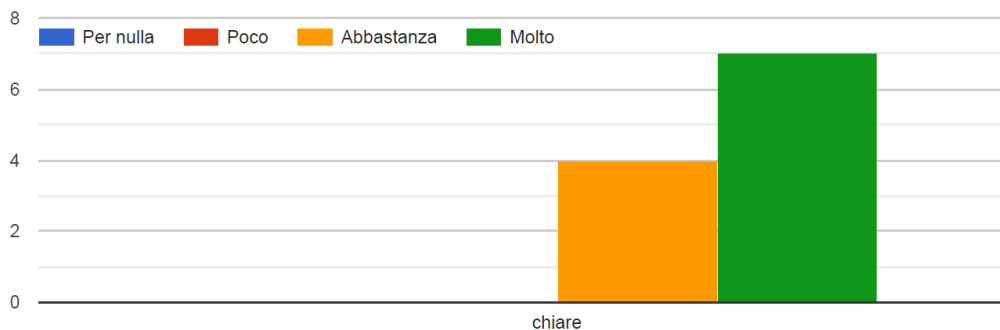
Il luogo di ritiro degli emocomponenti sia :



La modulistica di accompagnamento sia :



Le modalità di conservazione riportate sugli emocomponenti ed i tempi entro i quali devono essere trasfusi siano :



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

Azienda Sanitaria Locale NO

S.C. Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia – ASL NO

Istruttore della patrica: Dott.ssa C.M.Carrara

Via Mons. Caviglioli – 28021 Borgomanero - Tel. 0322-848548 - email: labo.bor@asl.novara.it





# A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale  
Novara  
di Novara

Sede Legale: via Dei Mille, 2 – 28100

Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519

[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA

S.C. C.P.V.E. - S.S. Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche

Direttore Dr. Giovanni Camisasca

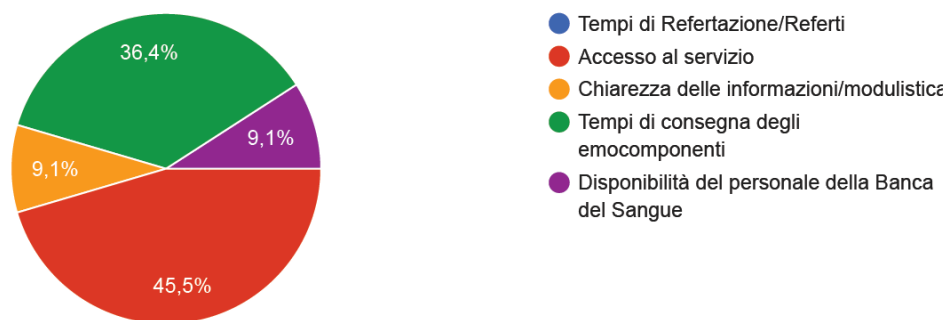
Tel. 0322 848225

Un solo commento su 11 risposte segnala la difficoltà costante a contattare il server; mentre sono positive, in generale le indicazioni rispetto alla collaborazione.

Anche in merito alle richieste urgentissime delle unità dei globuli rossi (senza l'esecuzione dei test pretrasfusionali), 6 "utenti" interni su 11 (54,5%) ritengono che tali moduli siano molto semplici e 5 su 11 (45,4%) siano molto comprensibili.

4. Infine in merito al personale, 6 "utenti" interni su 11 (54,4%) ritengono che il personale sia molto disponibile e 5 su 11 (45,4%) abbastanza disponibile. Le medesime percentuali sono da riferirsi anche alla chiarezza delle informazioni fornite dal personale SIMT.

5. Nella torta sottostante sono riassunti i suggerimenti migliorativi, dove si riscontra che quasi il 50% segnala di migliorare l'accesso al servizio.



## Conclusioni

Emerge uno scarso interesse da parte delle Strutture e dei dipartimenti a partecipare alla *customer satisfaction*; solo il 22% degli intervistati, mediante Qrcode, ha dato risposte, non permettendo quindi di fare una corretta e completa analisi per proporre azioni di miglioramento.

Dirigente Biologo  
Chiara M. Carrara



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

Azienda Sanitaria Locale NO

S.C. Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia – ASL NO

Istruttore della patrica: Dott.ssa C.M.Carrara

Via Mons. Cavigioli – 28021 Borgomanero - Tel. 0322-848548 - email: [labo.bor@asl.novara.it](mailto:labo.bor@asl.novara.it)



**A.S.L. NO**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE di NOVARA**  
**Viale Roma 7 - NOVARA**

***DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE***

***S.C. DIREZIONE MEDICA***

**OGGETTO: *PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE CON I FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI OSPEDALIZZATI – INTEGRAZIONE.***

§§§§§§§§§§

**IL DIRETTORE  
DELLA STRUTTURA COMPLESSA IN INTESTAZIONE**

*Nell'esercizio dei poteri conferiti, ai Dirigenti Pubblici, dall'art. 17 d. Lgs. 165/2001 (e s.m.i.) e nell'ambito delle competenze attribuite dall'atto aziendale (di cui alla deliberazione n° 198/2019) al Direttore di Struttura Complessa dotato di poteri di impegnare l'Azienda verso l'esterno (art. 15 bis, comma 1, d. Lgs. 502/1992 e s.m.i.) emette il presente provvedimento.*

*Ciò in osservanza del Regolamento dell'attività provvedimentale dell'A.S.L. di cui alla deliberazione n° 66 del 12 aprile 2017.*

§§§§§§§§§§

**OGGETTO:** ***PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE CON I FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI OSPEDALIZZATI - INTEGRAZIONE***

**PREMESSO** che con determinazione n° 590 in data 11.04.2022 si è proceduto ad approvare la **“Procedura per la gestione della comunicazione con i familiari dei pazienti/caregiver dei pazienti ospedalizzati”**;

che per mero errore materiale gli allegati alla determina di cui sopra risultano incompleti:

**RITENUTO** di dover provvedere all’integrazione della determina n° 590/2022;

### **IL DIRETTORE DETERMINA**

Per tutto quanto in premessa esposto:

- 1. di integrare** la **“Procedura per la gestione della comunicazione con i familiari dei pazienti/caregiver dei pazienti ospedalizzati”**, approvata con determina n° 590/2022 che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale, completa di tutti i suoi allegati.

Il Direttore Medico  
S.C. Direzione Medica P.O. Borgomanero  
Dr.ssa Arabella Maria Teresa Fontana  
*Firmato digitalmente ai sensi dell’art.21 D.Lgs. 82/2005*

*Il presente provvedimento si compone di un documento principale di n° 2 pagine e di n° 1 Allegato di n° 21 pagine*

*Allegato: Procedura per la gestione della comunicazione con i familiari/caregiver dei pazienti ospedalizzati*

	<b>ASL NO</b>	<b>CODICE:</b> 005/ASLNO/22/Rev.0
<b>PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE CON I FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI OSPEDALIZZATI</b>		

REVISIONE			
REV.	DOCUMENTO DI RIFERIMENTO	MOTIVO	DATA

REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
Dirigente Medico PO Borgomanero Dott. Francesco Di Nardo f.to in originale Specialista in formazione Università del Piemonte Orientale Dott. Daniele Ceriotti f.to in originale	Responsabile SSD GOCCS Dott.ssa Daniela Sarasino f.to in originale	Direttore Medico PO Borgomanero Dott.ssa Arabella Fontana f.to in originale CPSSI SC DIPSA Dott.ssa Emilia Sciandivasci f.to in originale
Data: 15/02/2022	Data: 04/03/2022	Data: 31/03/2022



**PROCEDURA PER LA GESTIONE  
DELLA COMUNICAZIONE CON I  
FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI  
OSPEDALIZZATI**

**CODICE:  
005/ASLNO/22/Rev.0**

**SOMMARIO**

<b>1. <u>PREMESSA</u></b> .....	<b>3</b>
<b>2. <u>OGGETTO</u></b> .....	<b>3</b>
<b>3. <u>CAMPO DI APPLICAZIONE</u></b> .....	<b>3</b>
<b>4. <u>ACRONIMI/ABBREVIAZIONI</u></b> .....	<b>4</b>
<b>5. <u>DEFINIZIONI</u></b> .....	<b>4</b>
<b>6. <u>CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE</u></b> .....	<b>4</b>
<b>7. <u>MODALITÀ OPERATIVE</u></b> .....	<b>5</b>
<b>7.1 PRONTO SOCCORSO</b> .....	<b>5</b>
<b>7.2 SC/SSD CON DEGENZA NO COVID E COVID</b> .....	<b>7</b>
<b>7.3 CASI PARTICOLARI: PAZIENTI RICOVERATI IN REPARTO COVID O IN ISOLAMENTO</b> .....	<b>10</b>
<b>7.4 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b> .....	<b>10</b>
<b>8. <u>INDICATORI</u></b> .....	<b>11</b>
<b>9. <u>LISTA DI DISTRIBUZIONE</u></b> .....	<b>11</b>
<b>10. <u>BIBLIOGRAFIA</u></b> .....	<b>11</b>
<b>11. <u>ALLEGATI</u></b> .....	<b>12</b>
<b>12. <u>STAKEHOLDER</u></b> .....	<b>12</b>



**PROCEDURA PER LA GESTIONE  
DELLA COMUNICAZIONE CON I  
FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI  
OSPEDALIZZATI**

**CODICE:**  
005/ASLNO/22/Rev.0

## **1. PREMESSA**

La piena informazione ai familiari/caregiver, se autorizzata espressamente dal paziente, rappresenta un diritto ed una modalità efficace per dare continuità e sicurezza al percorso di cura.

Naturalmente in primo luogo è il paziente stesso colui che può chiedere informazioni dettagliate sul proprio stato di salute durante la visita medica o sotto forma di colloquio riservato che i medici assicurano quanto prima compatibilmente con le incombenze di servizio.

La legge 219/2017 Art. 1 comma 3 recita: *“Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico”* e al comma 8 *“Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”*.

I pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere sono spesso fisicamente incapaci di comunicare sia con i medici, sia con familiari e caregiver; in periodo di emergenza COVID la restrizione degli accessi dei congiunti e/o visitatori in tutte le degenze, ma soprattutto nelle aree di isolamento, ha comportato per i familiari/caregiver l'impossibilità di ottenere informazioni sullo stato di salute del congiunto/assistito anche per molte ore. Questo è potenzialmente fonte di ansia e preoccupazione ulteriori rispetto a quelle provocate dalla malattia che ha determinato il ricovero.

Inoltre, prima della dimissione, è spesso necessario condividere con familiari/caregiver dell'assistito informazioni su percorso di continuità assistenziale, terapia a domicilio, eventuali medicazioni, visite di controllo previste o altre prescrizioni nel caso in cui il paziente non sia in grado di provvedere autonomamente. Una mancata adesione a quanto prescritto potrebbe infatti avere ripercussioni negative sulla salute. È quindi necessario condividere modalità e standard qualitativi per la comunicazione ai familiari/caregiver, oggetto di questa procedura.

## **OBIETTIVO**

Questa procedura si propone di garantire il passaggio costante e tempestivo di informazioni tra il personale sanitario ed i familiari/caregiver dei pazienti ricoverati in ospedale (sia in astanteria/OBI sia in reparto) al fine di:

- evitare un aggravio di stress a familiari/caregiver per omesse informazioni durante il ricovero;
- evitare danni alla salute del paziente per mancata adesione alle prescrizioni dal momento della dimissione;
- rendere il familiare/caregiver adeguatamente competente e autonomo nella cura del malato.

## **CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il presente documento deve essere applicato da tutte le Strutture dotate di aree di degenza – anche temporanea (OBI) - del Presidio Ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero, che ospitano pazienti (siano essi Covid negativi che Covid positivi).



**PROCEDURA PER LA GESTIONE  
DELLA COMUNICAZIONE CON I  
FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI  
OSPEDALIZZATI**

**CODICE:**  
005/ASLNO/22/Rev.0

## **ACRONIMI/ABBREVIAZIONI**

**CPSI:** collaboratore professionale sanitario infermiere

**CRT:** Centro Regionale Trapianti

**DMPO:** Direzione Medica di Presidio

**ICA:** infezioni correlate all'assistenza

**URE:** ufficio relazioni esterne

## **DEFINIZIONI**

**Caregiver:** soggetto che presta assistenza ad una persona non autosufficiente (familiari e congiunti anziani, malati o disabili).

**Familiare:** in questo documento con familiare si intende l'avente diritto a ricevere informazioni sull'assistito. In particolare hanno diritto a ricevere informazioni sullo stato di salute coloro che al momento del ricovero sono stati indicati da parte dell'assistito come soggetti autorizzati a tale scopo (*cfr "Modulo di Consenso da Parte dell'interessato ai sensi del Gdpr 2016/679" - ALL. A*), nonché gli esercenti la responsabilità genitoriale o il tutore in caso di pazienti minori, interdetti o comunque non in grado di esercitare pienamente le proprie facoltà, salvo espresso diniego del paziente stesso.

Nel caso in cui il paziente non sia collaborante e venga ricoverato già incapace di esprimere il proprio consenso, il personale sanitario provvederà ad avvertire l'accompagnatore o i parenti più stretti.

## **CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE**

La presente procedura deve esser applicata dal Personale Sanitario ai familiari/caregiver di tutti i pazienti che accedono al Presidio Ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero e vengono ospedalizzati in via temporanea o in degenza ordinaria o a ciclo diurno, rispettivamente:

- nelle astanterie e nelle degenze temporanee (astanterie e OBI del Pronto Soccorso/DEA, OBI della Pediatria e OBI della Ostetricia Ginecologia);
- nelle aree di degenza delle SC e SSD attive in Ospedale.

Rientrano nella presente procedura i colloqui con i familiari per la richiesta di donazione di organi o tessuti da parte del Coordinatore Locale Prelievi o Rianimatore in Terapia Intensiva o dei Medici delle degenze per la richiesta di donazione di cornee.



**PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE  
CON I FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI  
OSPEDALIZZATI**

CODICE:  
005/ASLNO/22/Rev.0

## MODALITÀ OPERATIVE

### 7.1 PRONTO SOCCORSO E OBI

AZIONE	RESPONSABILITÀ	MODALITÀ	TEMPISTICA
Richiedere autorizzazione a rilasciare informazioni a familiari/caregiver	Infermiere/Ostetrica di Triage	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sottopone al paziente che arriva in PS e viene trattenuto in osservazione temporanea il “Modulo di Consenso da Parte dell’interessato ai sensi del Gdpr 2016/679” - <i>cf. ALL A</i>, sul quale indica chi è autorizzato ad avere informazioni sul suo stato di salute (specificare nominativi e numero di telefono).</li></ul> <p><i>N.B. Tale modulo dovrà essere debitamente compilato e firmato dal paziente collaborante e deve seguire la documentazione sanitaria del medesimo per tutto il tempo di permanenza in Ospedale. Se il paziente non è collaborante il modulo dovrà essere compilato dall’accompagnatore.</i></p>	All’arrivo in PS (indipendentemente dalle modalità di accesso) se sussistono le condizioni operative
Comunicare informazioni cliniche ai familiari/caregiver	Medico di PS che ha in carico il paziente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si presenta agli interlocutori chiedendo il loro nome e (qualora non fosse implicito) il motivo della loro presenza e le loro esigenze, dando loro il tempo di esporre senza interromperli;</li><li>• comunica le informazioni richieste con calma e avendo cura di comprendere se chi ascolta abbia effettivamente compreso il messaggio;</li><li>• mostra empatia utilizzando frasi corte, semplici, non si esprime per quando possibile con linguaggio tecnico;</li><li>• presta attenzione al linguaggio e all’atteggiamento degli interlocutori preparandosi ad eventuali loro reazioni. Dire sempre la verità;</li><li>• fornisce agli aventi diritto il recapito telefonico del PS;</li><li>• preferisce un luogo appartato e poco rumoroso per le conversazioni telefoniche.</li></ul>	Quanto prima possibile 1° colloquio. Aggiornamento entro le successive 6 ore di come e dove il paziente si trovi. Contatti con cadenza giornaliera per aggiornamenti sulla evoluzione della patologia ed il trasferimento interno o ad altre strutture esterne





**PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE  
CON I FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI  
OSPEDALIZZATI**

CODICE:  
005/ASLNO/22/Rev.0

AZIONE	RESPONSABILITÀ	MODALITÀ	TEMPISTICA
Illustrare ai familiari/caregiver le procedure da eseguire sul paziente	Medico di PS che ha in carico il paziente, CPSI	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fornisce le istruzioni semplici e precise su come cambiare medicazioni, somministrare farmaci ed eliminare eventuali fattori di rischio presenti al domicilio;</li><li>• illustra accuratamente tutte le prescrizioni per eventuali visite di approfondimento;</li><li>• illustra il percorso di continuità assistenziale (altra struttura ospedaliera, struttura residenziale intermedia tipo CAVS, RSA, ecc.);</li><li>• si accerta che l'interlocutore abbia inteso quanto comunicato. Se possibile fornire materiale informativo contenente le informazioni necessarie per svolgere al meglio i compiti indicati.</li></ul>	Al momento della dimissione del paziente
Comunicare il decesso o la terminalità e l'eventuale possibilità di donare gli organi	Medico di PS che ha in carico il paziente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunica la terminalità o la notifica della morte di persona in presenza dell'infermiere che ha in carico il paziente per favorire la comunicazione stessa e garantire una migliore presa in cura dei familiari, in un setting riservato (evitare corridoi e tutte quelle situazioni promiscue o che possano essere fonte di interruzione);</li><li>• contatta telefonicamente i familiari se non sono presenti al momento del decesso: se la morte del paziente è attesa, è suggerito che la notizia venga data al telefono, viceversa va considerata l'ipotesi di chiedere alla famiglia di recarsi in ospedale per comunicare la notizia di persona;</li><li>• consegna (in caso di eleggibilità) i dépliant informativi sulla donazione di organi e tessuti (<i>cf. ALL C e D</i>) ai familiari/caregiver di pazienti deceduti o terminali incapaci di esercitare le proprie facoltà e rendersi disponibili a discutere le implicazioni delle donazioni, incoraggiandole.</li></ul>	Al momento del decesso del paziente o in prossimità dello stesso.
Tracciare il processo di comunicazione	Medico di PS, Coordinatore o CPSI	Annota sulla Scheda Comunicazione – <i>ALL E</i> , che sarà conservata in cartella clinica del paziente ricoverato o tenuto agli atti presso il DEA, o nel verbale in TrakCare, le informazioni relative alla comunicazione con il familiare/caregiver.	Aggiornamento contestuale all'esecuzione dell'attività



**PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE  
CON I FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI  
OSPEDALIZZATI**

CODICE:  
005/ASLNO/22/Rev.0

## 7.2 SC/SSD CON DEGENZA NO COVID E COVID

AZIONE	RESPONSABILITÀ	MODALITÀ	TEMPISTICA
Richiedere autorizzazione a rilasciare informazioni a familiari/caregiver (se non già presente)	Infermiere/Ostetrica della SC/SSD	<b>Per Ricoveri programmati:</b> al paziente che è nel pieno possesso delle sue facoltà deve essere esplicitamente richiesta la compilazione del "Modulo di Consenso da Parte dell'interessato ai sensi del Gdpr 2016/679" – <i>cf. ALL.A</i> , sul quale indica chi è autorizzato ad avere informazioni sul suo stato di salute (nominativi e numero di telefono). Il modulo va messo in cartella. <b>Per ricoveri da PS:</b> assicurarsi che nella documentazione del paziente sia presente il modulo privacy ( <i>cf. ALL.A</i> ) fatto compilare in PS. Qualora tale modulo non fosse presente dovrà essere fatto compilare al paziente.	Al momento del ricovero, in fase di presa in carico clinica
Comunicare le modalità di ricevimento e colloquio dei familiari con i medici	Coordinatore/CPSI	Comunica al familiare individuato nel modulo privacy il luogo di degenza e gli orari in cui il personale medico darà informazioni sullo stato di salute del proprio caro ricoverato.	Al momento del ricovero e comunque prima del termine del proprio turno di lavoro
Condividere rischio ICA	CPSI	Consegna l'informativa sul rischio ICA ( <i>cf. ALL. B</i> ) ai familiari/caregiver di pazienti minori, interdetti o incapaci di esercitare le proprie facoltà.	Al momento del ricovero
Informare del rischio clinico	Medico responsabile del paziente	Per ogni terapia, procedura diagnostica e chirurgica informa i familiari/caregiver di eventuali rischi per la salute derivanti da reazioni avverse/effetti collaterali/complicanze	Prima di ogni terapia o procedura diagnostica o intervento chirurgico



**PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE  
CON I FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI  
OSPEDALIZZATI**

CODICE:  
005/ASLNO/22/Rev.0

AZIONE	RESPONSABILITÀ	MODALITÀ	TEMPISTICA
Comunicare eventuale partecipazione a studio scientifico	Medico referente dello studio scientifico presso la struttura di degenza	<ul style="list-style-type: none"><li>• In caso di paziente capace di intendere e di volere che ha espresso il consenso ad aderire ad uno studio scientifico, illustra ai familiari/caregiver finalità, modalità e possibili implicazioni dello studio nel quale è arruolato il paziente;</li><li>• se il paziente è incapace di esprimere il consenso illustra al familiare/caregiver rappresentante legale dello stesso la possibilità che questi sia reclutato in uno studio scientifico, quindi gli consegna la relativa informativa e modulo di consenso informato lasciandogli il tempo per leggerla con calma e valutarla e spiega che il medico è disponibile a dare ulteriori informazioni sullo studio; sarà il rappresentante legale a esprimere l'intenzione di partecipare o meno allo studio, se il parere è positivo compila il consenso alla partecipazione.</li></ul>	Nel momento in cui il paziente soddisfa i criteri di inclusione a eventuali studi scientifici in corso presso la struttura di degenza
Comunicare informazioni cliniche ai familiari/caregiver di un degente	Medico responsabile del paziente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si reca in una stanza chiusa, si siede e saluta gli interlocutori presentandosi e chiedendo il loro nome. Quindi inizia la conversazione chiedendo (qualora non fosse implicito) il motivo della loro presenza e le loro esigenze, dando loro il tempo di esporre senza interromperli;</li><li>• comunica le informazioni sullo stato clinico del paziente con calma e avendo cura di comprendere se chi ascolta abbia effettivamente compreso il messaggio;</li><li>• mostra empatia utilizzando frasi corte, semplici, non si esprime quando possibile con linguaggio tecnico. Dire sempre la verità.</li><li>• preferisce, per le conversazioni telefoniche un luogo appartato e poco rumoroso.</li></ul>	Al momento del ricovero e tutti i giorni in orario prestabilito dal Direttore della SC/SSD



**PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE  
CON I FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI  
OSPEDALIZZATI**

CODICE:  
005/ASLNO/22/Rev.0

AZIONE	RESPONSABILITÀ	MODALITÀ	TEMPISTICA
Illustrare ai familiari/caregiver le procedure da eseguire sul paziente	Medico responsabile del paziente, CPSI	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fornisce istruzioni semplici e precise su come cambiare medicazioni, somministrare farmaci ed eliminare eventuali fattori di rischio presenti al domicilio;</li><li>• illustra accuratamente tutte le prescrizioni e gli appuntamenti per eventuali visite di controllo;</li><li>• illustra il percorso di continuità assistenziale (altra struttura ospedaliera, struttura residenziale intermedia tipo CAVS, RSA, ecc.);</li><li>• si accerta che l'interlocutore abbia inteso quanto comunicato. Se possibile fornisce il materiale informativo contenente le informazioni necessarie per svolgere al meglio i compiti indicati.</li></ul>	Al momento della dimissione del paziente
Comunicare il decesso o la terminalità e l'eventuale possibilità di donare gli organi	Medico responsabile del paziente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunica, avendo cura di preparare la famiglia alla morte del paziente, in maniera chiara che non ci sono più possibilità, cercando tuttavia di far capire che si è fatto il possibile perché il paziente non soffrisse e morisse serenamente;</li><li>• consegna (in caso di eleggibilità) dépliant informativi sulla donazione di organi e tessuti (<i>cfr. ALL C e D</i>) ai familiari/caregiver di pazienti deceduti o terminali incapaci di esercitare le proprie facoltà e rendersi disponibili a discutere le implicazioni delle donazioni, incoraggiandole.</li></ul>	Al momento del decesso del paziente
Chiudere la conversazione	Medico responsabile del paziente, CPSI	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dimostra di aver compreso le richieste ripetendone i punti fondamentali;</li><li>• saluta ripetendo il nome degli interlocutori e utilizzando frasi che indichino una partecipazione emotiva del personale nei confronti dei problemi di chi ascolta (es: "Lavoreremo insieme per superare questa situazione").</li></ul>	Al momento del ricovero e ad ogni incontro coi familiari/caregiver del paziente



**PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE  
CON I FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI  
OSPEDALIZZATI**

CODICE:  
005/ASLNO/22/Rev.0

<b>AZIONE</b>	<b>RESPONSABILITÀ</b>	<b>MODALITÀ</b>	<b>TEMPISTICA</b>
Tracciare il processo di comunicazione	Medico che effettua il colloquio, Coordinatore o CPSI	Annota sulla Scheda Comunicazione ( <i>cf. ALL. E</i> ) i dati relativi a giorno, ora, familiare e medico che effettua il colloquio. La scheda sarà conservata nella cartella clinica del paziente ricoverato.	Aggiornamento costante e contestuale all'esecuzione dell'attività



**PROCEDURA PER LA GESTIONE  
DELLA COMUNICAZIONE CON I  
FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI  
OSPEDALIZZATI**

**CODICE:**  
005/ASLNO/22/Rev.0

### 7.3 CASI PARTICOLARI: PAZIENTI RICOVERATI IN REPARTO COVID O IN ISOLAMENTO

Ad integrazione della procedura sopradescritta, in situazioni particolari in cui il paziente – anche autosufficiente – si trova isolato a causa di infezione da microrganismi infettivi (es. COVID), viene favorita la comunicazione telefonica con i propri familiari eventualmente anche attraverso videochiamata. Il personale medico/coordinatore infermieristico suggerisce al paziente di attivare tali modalità eventualmente anche supportandolo nella esecuzione delle chiamate/videochiamate e, in caso di necessità, mette a disposizione tablet o telefonini aziendali ai pazienti che ne fossero sprovvisti. I dispositivi dovranno essere adeguatamente sanificati prima e dopo l'utilizzo.

### 7.4 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

<b>FIGURE RESPONSABILI</b>	<b>Infermiere Ostetrica (triage e degenza)</b>	<b>Medico di PS</b>	<b>Coordinatore PS, degenze</b>	<b>Medico della SC/SSD</b>	<b>DMPO</b>
<b>ATTIVITA'</b>					
Compilazione modulo Privacy (GDPR 2016/679)	R				
Verifica della presenza del modulo privacy e della scheda comunicazione in cartella clinica			R		
Comunicazione al familiare indicato nel modulo privacy dell'allocazione del paziente			R		
Informazione giornaliera al familiare sulle condizioni cliniche del congiunto		R		R	
Tracciare il processo di comunicazione	R	R	R	R	
Verifica attuazione procedura					R



**PROCEDURA PER LA GESTIONE  
DELLA COMUNICAZIONE CON I  
FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI  
OSPEDALIZZATI**

**CODICE:**  
005/ASLNO/22/Rev.0

## INDICATORI

<b>Criterio</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard atteso</b>	<b>Modalità e Tempistica di rilevazione</b>
Qualità nella comunicazione	N. reclami pervenuti all'URE relativi a gestione della comunicazione con familiari e caregiver nell'anno considerato	Inferiore all'anno precedente (con tendenza a 0)	Analisi annuale da parte dell'URE dei reclami inerenti la comunicazione e la relazione con i familiari/caregiver
Gestione delle segnalazioni di comunicazioni percepite come non adeguate	N. di audit attivati su reclami relativi alla comunicazione /N. di reclami pervenuti all'URE nell'anno considerato	100%	Relazione post audit della struttura sul reclamo pervenuto, con le azioni correttive da implementare. Rilevazione annuale dell'indicatore da parte della SC DMPO.
Evidenza della tracciabilità della comunicazione	N cartelle cliniche con scheda di comunicazione compilata/totale delle cartelle cliniche * 100	90%	Rilevazione annuale effettuata a campione su un numero rappresentativo di cartelle da parte della SC DMPO

## LISTA DI DISTRIBUZIONE

Direttori Dipartimento Ospedalieri.

Direttori e Personale sanitario di tutte le Strutture Complesse e Semplici del Presidio Ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero.

## BIBLIOGRAFIA

Procedura per la gestione dei documenti in ASL NO.

Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità: Policlinico Tor Vergata di Roma – Procedura per la comunicazione con i familiari di pazienti, emergenza COVID -Cicekci et al., The communication between patient relatives and physicians in intensive care units, BMC Anesthesiology, 2017.

Farrell, Communication with Patients, Family, and the Health Care Team, State of Washington Medical Quality Assurance Commission Guideline, 2016.

Manias, Communication relating to family members' involvement and understandings about patients' medication management in hospital, Blackwell Publishing Ltd, 2013.

Flugelman et al., How to talk with the family of a dying patient: anger to understanding, rage to compassion, loss to acceptance, BMJ Supportive & Palliative Care, 2021.



**PROCEDURA PER LA GESTIONE  
DELLA COMUNICAZIONE CON I  
FAMILIARI/CAREGIVER DEI PAZIENTI  
OSPEDALIZZATI**

**CODICE:**  
005/ASLNO/22/Rev.0

## ALLEGATI

<b>Allegato</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Codice allegato</b>	<b>Descrizione</b>
A	Modulistica	022/Mod/19/Rev.n	Modulo di Consenso da Parte dell'interessato ai sensi del Gdpr 2016/679
B	<i>Allegato</i>	026/All/22/Rev.n	Informativa sulle Infezioni correlate all'assistenza
C	<i>Informativa</i>	/	Dépliant Informativo sulla donazione di organi
D	<i>Informativa</i>	/	Dépliant Informativo sul prelievo di cornea
E	<i>Modulistica</i>	038/Mod/22/Rev.n	Scheda Comunicazione

## STAKEHOLDERS

- Familiari e caregiver di pazienti ospedalizzati (identificati mediante i criteri esposti in precedenza).
- Associazioni dei pazienti.
- Associazioni di volontariato che operano in ospedale.
- Associazioni dei consumatori.





**MODULO DI CONSENSO DA PARTE  
DELL'INTERESSATO AI SENSI DEL GDPR  
2016/679**

**CODICE:**  
022/Mod/19/ Rev.001

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
presente presso la **S.C/S.S./U.O.** \_\_\_\_\_

- per sé oppure in qualità di:
- Tutore o curatore
  - Amministratore di sostegno
  - Prossimo congiunto, convivente, familiare
  - Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
  - Genitore (padre/madre), esercente la responsabilità genitoriale  congiunta  esclusiva

del soggetto interessato (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Letta e compresa l'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 "Il Regolamento o GDPR", pubblicata anche sul sito <https://www.asl.novara.it>; e consapevole del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento ai sensi dell'art. 7 del GDPR, ferma restando impregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca, relativamente:

- Al trattamento dei dati personali e particolari da parte dell'Azienda Sanitaria di Novara, Titolare del trattamento, per le finalità di comunicazioni delle informazioni relative al proprio stato di salute a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti, etc.) di seguito indicati:

Cognome	Nome	Recapito telefonico

Acconsente  Non acconsente

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(Firma estesa e leggibile)

- Al trattamento dei propri dati personali e particolari da parte dell'Azienda Sanitaria di Novara, Titolare del trattamento, relativamente alla comunicazione di notizie e informazioni relative al Suo ricovero ovvero alla dislocazione del ricovero stesso ovvero alla Sua presenza presso le Strutture dell'ASL NO a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti, etc.), di seguito indicati:

Cognome	Nome	Recapito telefonico

Acconsente  Non acconsente

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(Firma estesa e leggibile)

- Allo scambio di informazioni tra i Medici operanti presso le strutture dell'ASL di Novara e il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta

Acconsente  Non acconsente

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(Firma estesa e leggibile)



# INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

## Direzione Medica del P.O. di Borgomanero

### **COSA BISOGNA SAPERE**

Le Infezioni Ospedaliere sono infezioni contratte dal paziente nel corso della degenza in ospedale; colpiscono dal 5 al 10% dei pazienti ricoverati, e non possono essere azzerate.

Non tutti i pazienti hanno lo stesso rischio di contrarre una Infezione Ospedaliera; diversi fattori possono favorirle: età; coesistenza di diverse malattie croniche e loro gravità; necessità di sottoporsi a interventi chirurgici o a particolari procedure (inserimento di cateteri vascolari, cateterizzazione urinaria, ecc.), durata del ricovero (più il ricovero è più lungo, più è maggiore il rischio di contrarre un'infezione ospedaliera);

Alcune Infezioni Ospedaliere possono avere un decorso grave.

### **COSA FACCIAMO PER RIDURRE IL RISCHIO DI CONTRARRE UN'INFEZIONE OSPEDALIERA**

All'interno dell'Ospedale, un gruppo di lavoro: il C.I.O.(Comitato Infezioni Ospedaliere) dedicato a coordinare tutte le attività di sorveglianza e prevenzione delle Infezioni Ospedaliere, nonché per definire la formazione e l'aggiornamento e le strategie di informazione per operatori e utenti.

Ogni anno l'ASL NO che definisce tutte le attività più importanti che devono essere messe in atto per ridurre il rischio di infezione (lavaggio delle mani, sterilizzazione dei materiali, modalità di effettuazione di manovre invasive, uso di indumenti e dispositivi di protezione da parte del personale addetto all'assistenza, isolamento ecc.) sono contenute in Linee Guida nazionali e internazionali e in procedure, applicate in questo Ospedale.

Medici ed Infermieri appositamente formati sono costantemente al lavoro per assicurare che le misure di prevenzione siano correttamente applicate.

L'importanza della sua collaborazione e delle persone che verranno a trovarla o a fornirle assistenza rispettate le misure di prevenzione che verranno indicate dal personale del reparto. Nell'ambito di queste misure può rendersi necessario, in alcuni casi, procedere all'isolamento di chi ha contratto un'infezione, per prevenire il rischio di trasmissione ad altri pazienti e il personale dovrà adottare procedure di lavoro particolarmente rigorose.

L'Ospedale partecipa ad una rete regionale-nazionale che raccoglie dati sulla frequenza delle Infezioni Ospedaliere, per verificare che il numero rientri negli standard accettati a livello nazionale e internazionale.

E' possibile che nell'ambito delle attività di sorveglianza sia richiesta la vostra collaborazione e la disponibilità a essere contattati dopo la dimissione.

***Non esitate a contattare il personale medico e infermieristico  
per avere maggiori informazioni sul rischio infettivo e sulle misure preventive***

*La Direzione Medica del P.O. di Borgomanero ASL NO*

Per ulteriori informazioni:

**Centro Regionale Trapianti:**

**011/6336760**

**Banca delle Cornee:**

**011/6336519**

**Coordinamento Regionale delle donazioni  
e dei Prelievi di organi e tessuti:**

**011/6335056**

**[www.piemonte.airt.it](http://www.piemonte.airt.it)**

**[www.donalavita.net](http://www.donalavita.net)**

**Donazione delle cornee.  
Un gesto d'amore.**



**Con il vostro sostegno  
umano e professionale  
molte persone  
potranno riacquistare  
la vista.**

**Chi aspetta un organo, non aspetta altro.**



### **PERCHE' DONARE LE PROPRIE CORNEE DOPO LA MORTE?**



Donare le corne e dopo la propria morte è una grande opportunità, possibile per tutti, ed è un gesto di grande rilevanza sociale. La donazione di cornee ed il successivo trapianto permettono di curare un'altra persona con gravi problemi di vista migliorandone sostanzialmente la qualità di vita.

### **QUANDO PUO' AVVENIRE IL PRELIEVO DELLE CORNEE?**



Il prelievo delle cornee può essere fatto a tutte quelle persone che muoiono in età compresa tra i 5 e i 75 anni sia in ospedale che a domicilio. Viene eseguito da oculisti o medici delle strutture pubbliche della nostra Regione abilitati attraverso un corso di formazione e deve essere eseguito entro 24 ore dalla morte.

### **IL PRELIEVO DELLE CORNEE DEVE ESSERE AUTORIZZATO?**



Il prelievo delle cornee deve essere autorizzato da un avente diritto ( coniuge non legalmente separato, figli di età non inferiore a 18 anni, genitori, rappresentante legale), secondo la legge 301 del 12 agosto 1993.

### **I MALATI CHE MUOIONO A SEGUITO DI UN TUMORE POSSONO DONARE LE CORNEE?**



Sì. La patologia tumorale non è un criterio di esclusione perché non è possibile la trasmissione della malattia attraverso la cornea, che è un tessuto privo di irrorazione sanguigna. Inoltre ogni cornea prelevata viene esaminata presso la Banca delle Cornee che ne valuta la qualità e l'assenza di rischio di trasmissione di altre patologie.

### **ESSERE MIOPI O ESSERE STATI OPERATI DI CATARATTA ESCLUDE LA DONAZIONE DELLE CORNEE?**



No. Neanche l'intervento di correzione della miopia è un criterio di esclusione. La maggioranza delle cornee di queste persone è idonea ad essere donata, prelevata e trapiantata.

### **I PAZIENTI PAGANO PER RICEVERE IL TRAPIANTO DELLE CORNEE?**



No. Negli ospedali pubblici della regione Piemonte il trapianto di cornee viene eseguito gratuitamente seguendo una lista di attesa che viene gestita dal Coordinamento Regionale dei Trapianti e dalla Banca delle Cornee.

### **DOPO IL PRELIEVO DELLE CORNEE LA SALMA APPARE DETURPATA?**



No. La cornea è una sottile pellicola trasparente simile ad una lente a contatto che delimita anteriormente l'occhio. Solo questa pellicola viene prelevata ed il bulbo oculare rimane al suo posto. L'occhio mantiene la sua forma e la palpebra viene mantenuta chiusa da un sottile punto di sutura che risulta invisibile. La salma appare integra e può essere esposta normalmente.

### **QUALI FUNZIONI SVOLGE LA BANCA DELLE CORNEE?**



La Banca delle Cornee ha sede presso le Molinette di Torino ed ha la funzione di raccogliere, valutare e distribuire tutte le cornee prelevate nella nostra Regione. Ogni cornea viene esaminata al microscopio e sul sangue del donatore vengono fatti tutti gli esami necessari a stabilirne l'idoneità.

### **QUALI SONO LE PRINCIPALI INDICAZIONI AL TRAPIANTO DELLE CORNEE?**



La cheratopatia bollosa, il cheratocono ed alcune lesioni di tipo traumatico sono le principali indicazioni al trapianto di cornea. Queste patologie conducono in breve tempo alla progressiva perdita della vista fino alla cecità. Con il trapianto della cornea i pazienti tornano a vedere poco dopo l'intervento, recuperando così una vita normale.

### **IL TRAPIANTO DI CORNEA E' UN INTERVENTO RISCHIOSO?**



No. E' un intervento di routine, che viene eseguito in molti centri autorizzati e che ha una incidenza di complicazioni assai limitata con percentuali di rigetto praticamente nulle ed elevatissima probabilità di successo.

### **POSSO DONARE ALTRI TESSUTI DOPO LA MIA MORTE?**



Sì. Non solo le cornee ma anche la cute, le ossa, le valvole cardiache, i segmenti vascolari possono essere donati dopo la propria morte. Ciascuno di questi tessuti può essere di straordinaria utilità per i pazienti affetti da numerose malattie curabili solo col trapianto. La donazione dei tessuti può avvenire solo in ospedale, in assenza di opposizione espressa in vita dal defunto testimoniata dai familiari.

Come si può esprimere  
la volontà di donare?



1. Attraverso una dichiarazione scritta (tesserino o testamento olografo) che il cittadino porta con sé fra i propri documenti.
2. Attraverso la registrazione della propria volontà (favorevole o contraria) effettuata presso le ASL. Sul sito [www.donalavita.net](http://www.donalavita.net) sono presenti tutti gli sportelli del Piemonte e della Valle d'Aosta.
3. Attraverso la registrazione della propria volontà (favorevole o contraria) effettuata presso le Anagrafi dei Comuni che hanno attivato il sistema, al momento del rilascio/rinnovo del documento d'identità.
4. Attraverso la registrazione della propria volontà (favorevole) iscrivendosi all'AIDO.

In ogni caso è possibile cambiare idea: la legge ritiene valida l'ultima dichiarazione di volontà registrata o presentata dai familiari.

Per ulteriori informazioni:

Coordinamento Regionale  
delle Donazioni e dei Prelievi  
di Organi e Tessuti:

0116336712

[www.donalavita.net](http://www.donalavita.net)  
[www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it)

**Donazione degli organi.  
Guida a una scelta consapevole.**



TIPOGRAFIA RAGIONE - BRINDISI

I.P.



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

Donazione e Trapianto

### Perché donare i propri organi e tessuti?



La possibilità di trapiantare organi e tessuti prelevati da una persona deceduta ad un'altra che ha necessità di essere curata è una grande opportunità: attraverso il trapianto è possibile salvare e migliorare la qualità di vita di molti pazienti.

### Quali organi e tessuti possono essere donati?



ORGANI: cuore, reni, fegato, polmoni, pancreas e intestino.  
TESSUTI: cornee, cute, ossa, tendini, cartilagine, valvole cardiache e vasi sanguigni.

### Quando avviene la donazione degli organi?



In caso di MORTE ENCEFALICA: quando, pur avendo il cuore che batte, si constata che l'encefalo non funziona più e non potrà mai più funzionare a causa della distruzione delle cellule cerebrali.

In caso di MORTE CARDIACA: in situazioni molto particolari, è possibile donare alcuni organi anche quando il cuore ha smesso di battere.

### Che differenza c'è tra morte encefalica e coma?



Esiste una enorme differenza. Nella morte encefalica tutte le cellule dell'encefalo sono morte. Il coma, invece, è una situazione di gravità variabile in cui il paziente è vivo anche se la coscienza non è presente. Dal coma è possibile svegliarsi, mentre la morte è una diagnosi certa.

### In una persona morta il cuore può battere ancora?



Sì. La morte di una persona è determinata esclusivamente dalla morte dell'encefalo, indipendentemente dalle funzioni residue di qualsiasi organo. Nel caso della morte encefalica, se si mantiene una respirazione artificiale, il cuore può battere per alcune ore.

### Che cosa capita alla salma dopo la diagnosi della morte?



Dopo la diagnosi della morte inizia una fase medico legale: in caso di MORTE CARDIACA si registrerà l'elettrocardiogramma per almeno 20 minuti; in caso di MORTE ENCEFALICA si registrerà per un periodo di almeno 6 ore la contemporanea assenza dei riflessi che partono direttamente dall'encefalo, del respiro spontaneo, dello stato di coscienza, di qualsiasi attività elettrica del cervello.

### Qual è l'aspetto della salma dopo la donazione?



Gli organi sono prelevati nel più grande rispetto della salma; il corpo non appare deturpato o mutilato e, dopo la donazione, si presenta uguale a quello di un qualsiasi defunto che abbia subito un intervento chirurgico. Il prelievo delle cornee non lascia trasparire alcun segno di incisione.

### E' possibile decidere a chi verranno trapiantati i propri organi dopo la morte?



No. Gli organi vengono assegnati ai pazienti in lista d'attesa in base alle condizioni di urgenza e alla compatibilità clinica ed immunologica del donatore con le persone in attesa di trapianto.

### I pazienti pagano per ricevere un organo?



No. Il commercio di organi è un'attività illecita, un atto criminale, che viene perseguito penalmente. La donazione è sempre gratuita ed anonima. I costi del trapianto sono a carico del Servizio Sanitario.

### Fino a quale età si possono donare organi e tessuti?



Le cornee possono essere donate fino a 75 anni, la cute fino a 78. Per i reni ed il fegato non esistono limiti di età: i trapianti da donatori ultra 80enni hanno ottimi risultati.

### Attraverso organi e tessuti possono essere trasmesse gravi malattie?



No. Ogni potenziale donatore viene sottoposto ad accurati accertamenti che garantiscono ampi margini di sicurezza.

### Come vivono i trapiantati?



Grazie al trapianto possono riprendere la loro vita normale: lavorano, viaggiano, fanno sport, possono avere figli. I casi di rigetto sono sempre più rari e ben controllati dalla terapia farmacologica. La sopravvivenza dei malati trapiantati in Piemonte corrisponde a quella indicata dai registri internazionali.

### Le confessioni religiose sono favorevoli alla donazione degli organi?



Nessuna confessione religiosa è contraria alla donazione degli organi, anzi alcune la sostengono e la incoraggiano.

### Perché io dovrei donare?



Spesso evitiamo questa domanda, ritenendo che il trapianto sia estraneo alla nostra vita. Tuttavia ognuno di noi può trovarsi nella necessità di essere curato con un trapianto e le probabilità di averne bisogno sono circa quattro volte superiori a quelle di diventare un potenziale donatore.

### E' importante l'utilizzo delle trasfusioni di sangue nei trapianti?



Nei trapianti l'utilizzo di sangue è di estrema importanza. Di conseguenza ognuno di noi può partecipare al successo dei trapianti con un gesto semplicissimo: la donazione del sangue.

### Una scelta consapevole!



Esprimere in vita il consenso alla donazione dei propri organi è una scelta consapevole. La legge garantisce la libertà di scelta sulla donazione. Possiamo informarci, parlarne in famiglia e con le persone che ci sono più care per condividere la nostra decisione.

### Sinergia Istituzioni - Associazioni di Volontariato!



Sul sito [www.donalavita.net/links/](http://www.donalavita.net/links/) si trovano i contatti delle Associazioni di Volontariato di settore con cui la Regione Piemonte collabora.



Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**DICHIARO DI VOLER DONARE I MIEI ORGANI E TESSUTI  
DOPO LA MORTE A SCOPO DI TRAPIANTO**

**SI**       **NO**

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

**SCHEDA COMUNICAZIONE**CODICE:  
038/Mod/22/Rev.0**PRESIDIO OSPEDALIERO DI BORGOMANERO**  
**SC/SSD \_\_\_\_\_**

(da compilare a cura del Medico che ha in cura il paziente e conservare in cartella clinica)

PAZIENTE: \_\_\_\_\_  
(specificare cognome, nome, data nascita, n. cartella clinica)SOGGETTO AUTORIZZATO n. 1 \_\_\_\_\_  
(specificare cognome, nome, cell)SOGGETTO AUTORIZZATO n. 2 \_\_\_\_\_  
(specificare cognome, nome, cell)

DATA	ORA	SOGGETTO AUTORIZZATO (indicare 1 o 2)	FIRMA MEDICO (leggibile)	NOTE (indicare in sintesi il contenuto)





**A.S.L. NO**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE di NOVARA**  
**Viale Roma 7 - NOVARA**

***DELIBERAZIONE  
DEL DIRETTORE GENERALE***

***OGGETTO: RINNOVO COMITATO PER L'OSPEDALE SENZA DOLORE***

***PROPONENTE: S.C. Direzione Medica Presidio Ospedaliero di Borgomanero***

§ § § § § § §

**IL DIRETTORE GENERALE**  
*(nominato con D.G.R. n° 10-3292 del 28.05.2021)*

**Nella data sopraindicata, su conforme proposta istruttoria della competente Struttura aziendale (sopraindividuata), previa acquisizione del parere del Direttore Amministrativo (Direttore Sanitario assente), ha assunto, in Novara, presso la sede dell'Ente, la deliberazione di cui all'interno.**

***Il Direttore della S.C. Direzione Medica formula la sottoestesa proposta istruttoria***

**PREMESSO** che la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato con Provvedimento 24 maggio 2001 “Accordo tra il Ministero della sanità, le regioni e le provincie autonome” le linee-guida inerenti il progetto “Ospedale senza dolore”, già applicate in modo sperimentale presso alcuni Ospedali Italiani;

che con DGR 31-1142 del 17 ottobre 2005 la Regione Piemonte ha approvato le linee di indirizzo per la realizzazione dell’Ospedale Senza Dolore sul territorio regionale;

che la legge n. 38 del 15 marzo 2010 ha dettato delle disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore;

**PREMESSO** che nelle linee-guida regionali, è prevista la costituzione a livello aziendale di un **Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) con le seguenti finalità:**

1. Assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie ed in particolare ospedaliere.
2. Coordinare l'azione delle differenti équipe e la formazione continua del personale medico e non medico.
3. Promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle Strutture Sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni fornite dall'OMS, assicurando inoltre la valutazione periodica del loro consumo.
4. Promuovere protocolli di rilevazione e di trattamento dei diversi tipi di dolore;
5. Promuovere l’educazione continua del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull’uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore;
6. Coordinare i Servizi preposti al trattamento del dolore, ai vari livelli di articolazione, in particolar modo preposti al trattamento del dolore acuto, con particolare riguardo al dolore postoperatorio, all’analgesia del travaglio di parto, al dolore in urgenza-emergenza e a quello causato dalle procedure diagnostico-terapeutiche (radiologia interventistica, biopsie, endoscopie, ect);
7. Assicurare il monitoraggio dell’attuazione delle linee guida e la valutazione di efficacia;
8. Promuovere l’elaborazione e la distribuzione di materiale informativo agli utenti, relativo alla cura del dolore.

Che il Comitato Ospedale senza Dolore deve avere una composizione tale da soddisfare i seguenti criteri:

- 1) i membri del Comitato sono rappresentati da referenti della direzione aziendale e personale curante dell'ospedale.

- 2) il personale infermieristico deve costituire almeno un terzo dei membri del Comitato;
- 3) gli operatori delle Strutture di Terapia del Dolore e/o Cure Palliative nonché Anestesia e Rianimazione devono essere rappresentati nel Comitato;
- 4) un referente del Servizio Farmaceutico deve essere incluso nel Comitato;
- 5) devono essere previste forme di partecipazione delle Organizzazioni *non profit*, in particolare di volontariato, operanti nel settore;

**RICHIAMATE** la determina n. 2769/2003 e la determina n. 17/2004 con le quali era stato costituito il Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) presso l'ASL 13, ora ASL NO, per il perseguimento delle finalità sopra elencate;

**ATTESO** che diversi componenti del Comitato Ospedale Senza Dolore sono andati in quiescenza o non sono più dipendenti dell'ASL NO;

**RITENUTO** pertanto **necessario** sostituire i suddetti componenti e **proporre il rinnovo del Comitato** citato come di seguito indicato:

**Referente della Direzione Medica:**

Dott.ssa Arabella Fontana – Direttore Medico SC Direzione Medica (o suo delegato)  
Sig.ra M. Luisa Zanetti – CPSS Infermiere SC Direzione Medica

**Esperti della terapia del dolore e/o Cure Palliative:**

Dott.ssa Cristina Ermanna Minella – Dirigente Medico s.s.d. Cure Palliative  
Sig.ra Stefania De Zotti – C.P.S.S. Coordinatore s.s.d. Cure Palliative

**Referente della S.C. Oncologia:**

Dott.ssa Incoronata Romaniello – Direttore S.C. Oncologia  
Sig.ra Patrizia Morganti – C.P.S.S. Coordinatore S.C. Oncologia

**Esperti di Anestesia e Rianimazione:**

Dott.ssa Claudia Montagnini - Dirigente Medico S.C. Anestesia-Rianimazione  
Dott.ssa Emanuela Zecca - Dirigente Medico S.C. Anestesia-Rianimazione  
Dott. Federico La Capria - Dirigente Medico S.C. Anestesia-Rianimazione  
Sig.ra Adriana Cerri - C.P.S.I.  
Sig.ra Simona Giromini – C.P.S.I.

**Referenti S.C. Me.C.A.U.:**

Dott. Claudio Didino – Direttore (o suo delegato)  
Sig.ra Paola Alberganti – C.P.S.S. Coordinatore (o suo delegato)

**Referente del Servizio Farmaceutico:**

Dott.ssa Elisa Maria Erina Albini – Farmacista Dirigente S.C. Farmacia Ospedaliera

**Referente del Servizio di Psicologia:**

Dott.ssa Micaela Longo – Psicologo Dirigente s.s.d. Psicologia

Potranno inoltre essere coinvolti al suddetto Comitato, su specifica chiamata:

**Rappresentanti delle Cure Primarie:**

Direttore del Distretto Area Nord o suo delegato  
Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta del Distretto Area Nord

**Rappresentanti di organizzazioni di volontariato operanti presso il Presidio Ospedaliero:**

Presidenti protempore o loro delegati delle Associazioni Volontari Ospedalieri (AVO) di Borgomanero, Mimosa Amici del DH Oncologico, Pro Nefropatici Fiorenzo Allata;

### ***DELIBERA***

Per tutto quanto in premessa esposto:

**1 - di rinnovare il Comitato Ospedale senza Dolore (COSD) come di seguito indicato:**

**Referente della Direzione Medica:**

Dott.ssa Arabella Fontana – Direttore Medico S.C. Direzione Medica o suo delegato  
Sig.ra M. Luisa Zanetti – CPSS Infermiere S.C. Direzione Medica

**Esperti della terapia del dolore e/o Cure Palliative:**

Dott.ssa Cristina Ermanna Minella – Dirigente Medico s.s.d. Cure Palliative  
Sig.ra Stefania De Zotti – C.P.S.S. Coordinatore s.s.d. Cure Palliative

**Referente della S.C. Oncologia:**

Dott.ssa Incoronata Romaniello – Direttore S.C. Oncologia  
Sig.ra Patrizia Morganti – C.P.S.S. Coordinatore S.C. Oncologia

**Esperti di Anestesia e Rianimazione:**

Dott.ssa Claudia Montagnini - Dirigente Medico S.C. Anestesia-Rianimazione  
Dott.ssa Emanuela Zecca - Dirigente Medico S.C. Anestesia-Rianimazione  
Dott. Federico La Capria - Dirigente Medico S.C. Anestesia-Rianimazione  
Sig.ra Adriana Cerri - C.P.S.I.  
Sig.ra Simona Giromini – C.P.S.I.

**Referenti S.C. Me.C.A.U.:**

Dott. Claudio Didino – Direttore (o suo delegato)  
Sig.ra Paola Alberganti – C.P.S.S. Coordinatore (o suo delegato)

**Referente del Servizio Farmaceutico:**

Dott.ssa Elisa Maria Erina Albini – Farmacista Dirigente S.C. Farmacia Ospedaliera

**Referente del Servizio di Psicologia:**

Dott.ssa Micaela Longo – Psicologo Dirigente s.s.d. Psicologia

Potranno inoltre essere coinvolti al suddetto Comitato, su specifica chiamata:

**Rappresentanti delle Cure Primarie:**

Direttore del Distretto Area Nord o suo delegato  
Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta del Distretto Area Nord

**Rappresentanti di organizzazioni di volontariato operanti presso il Presidio Ospedaliero:**

Presidenti protempore o loro delegati delle Associazioni Volontari Ospedalieri (AVO) di Borgomanero, Mimosa Amici del DH Oncologico, Pro Nefropatici Fiorenzo Allata;

**2 - di dare mandato** al suddetto Comitato di perseguire le finalità definite dalle normative elencate in premessa, sotto il coordinamento del Direttore Medico del Presidio Ospedaliero;

**3 - di dare atto** che il presente provvedimento è improduttivo di spesa per l'A.S.L. NO ed è immediatamente esecutivo.

***IL DIRETTORE GENERALE***

**VISTA**

la sopraestesa istruttoria;

*con il concorso del parere del Direttore Amministrativo (DIRETTORE SANITARIO ASSENTE)*

***DECIDE DI APPROVARLA INTEGRALMENTE  
ADOTTANDOLA QUALE PROPRIA DELIBERAZIONE***

***Il Direttore Generale***

*Dott. Angelo Penna*

*firmato digitalmente ai sensi dell'artr. 21 D.Lgs. 82/2005*

Il presente provvedimento si compone di un documento principale di 5 pagine



**A.S.L. NO**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE di NOVARA**  
**Viale Roma 7 - NOVARA**

***DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE***

***S.C. DIREZIONE MEDICA***

**OGGETTO: REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI**

§§§§§§§§§§

**IL DIRETTORE  
DELLA STRUTTURA COMPLESSA IN INTESTAZIONE**

*Nell'esercizio dei poteri conferiti, ai Dirigenti Pubblici, dall'art. 17 d. Lgs. 165/2001 (e s.m.i.) e nell'ambito delle competenze attribuite dall'atto aziendale (di cui alla deliberazione n° 198/2019) al Direttore di Struttura Complessa dotato di poteri di impegnare l'Azienda verso l'esterno (art. 15 bis, comma 1, d. Lgs. 502/1992 e s.m.i.) emette il presente provvedimento.*

*Ciò in osservanza del Regolamento dell'attività provvedimentale dell'A.S.L. di cui alla deliberazione n° 66 del 12 aprile 2017.*

§§§§§§§§§§

**OGGETTO: REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI**

**PREMESSO** che rappresenta obiettivo della SC Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Borgomanero esercitare un controllo sul rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero in elezione oggetto di monitoraggio nazionale e regionale e nel contempo assicurare che la gestione delle liste di attesa dei ricoveri avvenga secondo criteri di appropriatezza, equità e trasparenza garantendo la tutela dei diritti dei pazienti, facilitando la fruizione delle prestazioni assistenziali e rafforzando le regole di governo del percorso del paziente chirurgico e della programmazione delle risorse;

che il Regolamento per la gestione dell'accesso ai ricoveri chirurgici in elezione è quindi uno degli strumenti necessari alla realizzazione di questo obiettivo mediante l'identificazione dei criteri di composizione delle liste di attesa e della loro gestione;

**RICHIAMATE** la legge 724/94, art. 3, che prevedeva l'obbligo della tenuta dei registri di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero;

il D.P.C.M. del 19/05/1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari", che al punto 4.3 impone la predisposizione di un registro dei ricoveri ospedalieri ordinari con l'elenco delle attività svolte e i tempi massimi di attesa per ciascun reparto e le principali patologie;

la D.G.R. n. 14-10073 del 28/07/2003 avente per oggetto "Riduzione delle liste di attesa: linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali";

la D.G.R. n° 56- 3322 del 03/07/2006, deliberazione attuativa in Regione Piemonte di quanto disposto dalla Conferenza Stato Regioni del 28 marzo 2006 ("Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. (Rep. n. 2555) contenente gli indirizzi applicativi per il contenimento dei tempi d'attesa;

le D.D. n.101 del 24/04/2007 e n. 43 del 04/02/2008 che hanno fornito ulteriori indirizzi operativi per l'attuazione della DGR 37-5180 del 29/01/2007 in materia di liste di attesa;

la Deliberazione della Giunta Regionale 29 luglio 2011, n. 2-2481 "Intesa, ai sensi dell'art. 8 - comma 6 - della L. 5 giugno 2003 n. 131, tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280, della L. 23.12.2005 n. 266. Approvazione Piano regionale. Indirizzi applicativi alle Aziende Sanitarie Regionali";

l'Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

- ATTESA** la necessità di aggiornare - in base alle indicazioni sopra enunciate ed alla luce del contesto organizzativo attuale – le modalità di gestione delle liste d’attesa per le prestazioni di ricovero già adottate, rispettando i principi generali di imparzialità e trasparenza;
- VISTO** il “Regolamento per la Gestione Liste d’attesa per Ricoveri Programmati” (riportato in allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento) elaborato dalla Direzione Medica del P.O., che sostituisce i protocolli operativi e le disposizioni precedentemente vigenti;
- RITENUTO** pertanto di approvare il suddetto documento da applicare in tutte le Strutture del Presidio Ospedaliero che erogano prestazioni di ricovero programmato sia in regime ordinario che di Day Hospital/Day Surgery;

### **IL DIRETTORE DETERMINA**

Per tutto quanto in premessa esposto:

- 1. di approvare** il “Regolamento per la Gestione Liste d’attesa per Ricoveri Programmati” allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
- 2. di disporre** che il suddetto Regolamento - che sostituisce i protocolli operativi e le disposizioni precedentemente vigenti - sia applicato, a far data dall’adozione del presente provvedimento, da tutte le Strutture le Strutture del Presidio Ospedaliero che erogano prestazioni di ricovero programmato sia in regime ordinario che di Day Hospital/Day Surgery;
- 3. di dare atto** che il presente provvedimento è improduttivo di spesa per l’A.S.L. NO.

Il Direttore Medico  
S.C. Direzione Medica P.O. Borgomanero  
Dr.ssa Arabella Maria Teresa Fontana  
*Firmato digitalmente ai sensi dell’art.21 D.Lgs. 82/2005*

*Il presente provvedimento si compone di un documento principale di n° 3 pagine e di n° 1 allegato di n° 10 pagine*

*Allegato 1 – Regolamento per la Gestione Liste d’attesa per Ricoveri Programmati*





**STRUTTURA  
DIREZIONE MEDICA  
PO BORGOMANERO**

**CODICE:**  
007/ASLNO/22/Rev.001

**REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA  
PER RICOVERI PROGRAMMATI**

**REVISIONE**

<b>REV.</b>	<b>DOCUMENTO DI RIFERIMENTO</b>	<b>MOTIVO</b>	<b>DATA</b>
000	Procedura per la gestione della prenotazione dei ricoveri ospedalieri dell'ASL NO	Aggiornamento Deliberazione del Direttore Generale n. 2843 del 29/07/1997-Deliberazione n.3020 del 20/12/2000	20/12/2000
02.DMPPOOR.08	Procedura per la gestione della prenotazione dei ricoveri ospedalieri dell'ASL NO	Aggiornamento della Normativa vigente e della Piattaforma	06/Ottobre/2008

<b>REDATTO</b>	<b>VERIFICATO</b>	<b>APPROVATO</b>
Dirigente Medico DMPO Dott.ssa Elisabetta Alliata <i>(firmato in originale)</i>	Responsabile SSD GoCSS Dott.ssa Daniela Sarasino <i>(firmato in originale)</i>	Direttore Medico Presidio Ospedaliero Dott.ssa Arabella Fontana <i>(firmato in originale)</i>
Data: 31/03/2022	Data: 06/04/2022	Data: 08/04/2022



**REGOLAMENTO PER LA GESTIONE  
DELLE LISTE DI ATTESA  
PER RICOVERI PROGRAMMATI**

**CODICE:  
007/ASLNO/22/Rev.001**

**SOMMARIO**

ART.1 SCOPO	3
ART.2 CAMPO DI APPLICAZIONE	3
ART.3 RIFERIMENTI NORMATIVI	3
ART.4 MODALITÀ OPERATIVE	4
4.1 Proposta di ricovero	4
4.2 Comunicazioni al paziente e diritto di accesso	4
4.3 Classi di Priorità	6
4.4 Modalità per l'inserimento del paziente in lista di attesa	6
4.5 Pulizia della lista	7
4.6 Cancellazione dalla lista	8
4.7 Ordine di chiamata del ricovero	8
ART.5 RESPONSABILITÀ	9
ART.6 MODALITÀ DI VERIFICA DELLA CORRETTA TENUTA DELLE LISTE D'ATTESA	9
ART.7 LISTA DI DISTRIBUZIONE	10



**REGOLAMENTO PER LA GESTIONE  
DELLE LISTE DI ATTESA  
PER RICOVERI PROGRAMMATI**

CODICE:  
007/ASLNO/22/Rev.001

## **ART.1 SCOPO**

La presente procedura si propone di uniformare le modalità di gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati del PO di Borgomanero, tenuto conto delle norme nazionali e regionali.

## **ART.2 CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il presente regolamento ha validità per tutte le Strutture del Presidio Ospedaliero che erogano prestazioni di ricovero programmato sia in regime ordinario che di Day Hospital/Day Surgery.

Il documento si applica a tutti i ricoveri chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario e di day surgery che vengono inseriti in lista d'attesa presso le Strutture del Presidio Ospedaliero di Borgomanero.

Per ricovero programmato si intende il ricovero in regime ordinario o in regime di Day Hospital - Day Surgery che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere programmato in un periodo successivo al momento in cui il clinico ha rilevato l'indicazione al ricovero stesso e con un tempo massimo di attesa specifico per la gravità clinica rilevata.

Per ricovero urgente si intende un ricovero solo in regime ordinario che deve essere immediatamente effettuato per le condizioni cliniche del paziente. In questo caso il paziente non ha tempo di attesa.

Il presente regolamento non si applica ai ricoveri urgenti che non vengono inseriti in lista d'attesa.

## **ART.3 RIFERIMENTI NORMATIVI**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 14-10073 del 28 luglio 2003

“Riduzione delle liste di attesa: linee guida per la gestione dell’accesso alle prestazioni di ricovero elettivo e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali”.

Deliberazione della Giunta Regionale 29 luglio 2011, n. 2-2481

Intesa, ai sensi dell'art. 8 - comma 6 - della L. 5 giugno 2003 n. 131, tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280, della L. 23.12.2005 n. 266. Approvazione Piano regionale. Indirizzi applicativi alle Aziende Sanitarie Regionali.

Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all’articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.



## REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI

CODICE:  
007/ASLNO/22/Rev.001

### ART.4 MODALITÀ OPERATIVE

#### 4.1 Proposta di ricovero

La proposta di ricovero deve essere fatta da un medico dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (specialista ambulatoriale, medico di medicina generale o pediatra di libera scelta).

Il medico che propone il ricovero può non coincidere con il medico che immette in lista di attesa il paziente. Il medico proponente il ricovero deve fornire correttamente i dati necessari all'inserimento dei pazienti in lista di prenotazione.

Nel porre l'indicazione al trattamento, in particolare quello chirurgico, il medico deve indicare:

- a) la patologia (certa o presunta);
- b) il tipo di ricovero programmato;
- c) il regime di erogazione (ricovero ordinario, DH, ambulatoriale) più appropriato relativamente al trattamento previsto ed alle condizioni cliniche generali del paziente al momento della visita specialistica. Il regime di erogazione prospettato può variare in seguito, in base alla valutazione anestesiológica o alla variazione del quadro clinico.

La proposta di ricovero deve essere tracciabile.

Il personale addetto dovrà inserire, su indicazioni del medico (Direttore/Responsabile o medico da lui delegato) il paziente in lista di attesa, se ritenuto operabile ovvero quando è terminato l'iter diagnostico.

Per contro se il paziente deve essere studiato per approfondimenti/stadiazione chirurgica non potrà essere fin da subito inserito in lista di attesa ma solo al termine della stadiazione chirurgica. I pazienti in fase di stadiazione, e pertanto non operabili nell'immediato, dovranno essere messi in stato di sospeso.

Solo quando l'indicazione è sicura il paziente può essere inserito in lista d'attesa. Il periodo necessario per gli eventuali approfondimenti diagnostici, trattamenti farmacologici, terapie adiuvanti, radioterapia o osservazione non fanno parte del tempo di attesa, definito come intervallo di tempo tra la data di prenotazione e la data di ricovero (ammissione).

Tra gli approfondimenti diagnostici non rientra il profilo pre-operatorio e la visita anestesiológica: tali prestazioni sono computate nel tempo d'attesa.

#### 4.2 Comunicazioni al paziente e diritto di accesso

E' necessario che al momento dell'inserimento in lista vengano fornite al paziente le seguenti informazioni:

- data di prenotazione;
- tipologia di intervento chirurgico che è stato programmato;
- classe di priorità assegnata;
- presumibile data/periodo di chiamata ed eventuali criticità in ordine ai tempi di attesa;
- informativa riguardo alle modalità di sospensione, rinvio e cancellazione dalla lista;
- riferimenti per informazioni nel corso della permanenza in lista.



## REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI

CODICE:  
007/ASLNO/22/Rev.001

Il paziente potrà avere informazioni rispetto alla sua posizione in lista di attesa anche contattando la Direzione Medica del PO che ha accesso a tutte le liste informatizzate del Presidio, con la salvaguardia della riservatezza dei dati delle persone.

### 4.3 Classi di Priorità

Ogni Direttore di SC identifica e comunica formalmente alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero le patologie che potrebbero necessitare di ricovero in elezione determinandone la classe di priorità.

Nella definizione delle classi di priorità, una stessa patologia potrebbe essere individuata in una o più classi.

Dovrà essere garantito l'inserimento nelle liste di attesa avendo riferimento alle attuali classi di priorità in relazione ai seguenti criteri:

1. severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
2. prognosi (quoad vitam o quoad valetudinem);
3. tendenza al peggioramento a breve;
4. presenza di dolore e/o deficit funzionale;
5. implicazioni sulla qualità della vita;
6. casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
7. speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente motivate dal medico prescrittore.

Tramite la combinazione dei criteri sovraesposti le patologie dovranno essere classificate e ricondotte alle classi di priorità declinate dall'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002:

**CLASSE A.** Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi. Tali ricoveri devono essere effettuati entro 30 giorni salvo diverse disposizioni in materia.

**CLASSE B.** Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. Tali ricoveri devono essere effettuati entro 60 giorni salvo diverse disposizioni in materia.

**CLASSE C.** Casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. Tali ricoveri devono essere effettuati entro 180 giorni salvo diverse disposizioni in materia.

**CLASSE D.** Casi clinici che non causano dolore, disfunzione o disabilità. Tali ricoveri devono essere effettuati entro 12 mesi salvo diverse disposizioni in materia.

Il paziente in lista di attesa può, in caso di aggravamento o miglioramento delle condizioni cliniche, essere rivalutato dall'équipe che lo ha in carico, ciò può comportare una revisione della classe di priorità precedentemente assegnata; in questi casi l'eventuale cambio di classe e la data di rivalutazione e le motivazioni dovranno essere tracciate nell'applicativo informatico.



## REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI

CODICE:  
007/ASLNO/22/Rev.001

E' attribuita la classe A a tutta la casistica con sospetto oncologico maligno.

Qualunque siano i tempi di attesa, le liste di prenotazione non devono mai essere chiuse. Per "lista chiusa" si intende l'impossibilità di prenotare continuativamente in una determinata agenda. Nel caso in cui si verificano eventi non preventivabili, tali da non consentire la individuazione della data di esecuzione della prestazione, le liste d'attesa dovranno comunque essere tenute attive con la registrazione in ordine cronologico di tutti i pazienti che si presentano per la prenotazione: non appena sarà possibile la ripresa della calendarizzazione della prestazione verrà data comunicazione all'utente della data di esecuzione prevista.

### 4.4 Modalità per l'inserimento del paziente in lista di attesa

Il sistema informatizzato delle liste d'attesa prevede l'inserimento del paziente in lista d'attesa secondo un ordine cronologico bloccante (i campi "data inserimento lista" ed "in attesa dal" vengono posti di default sul giorno di inserimento, senza alcuna possibilità per l'operatore di manomettere, ad ogni successiva consultazione della lista, tale data).

Per interventi ambulatoriali è richiesto numero di dematerializzata/impegnativa all'atto dell'inserimento in lista.

All'atto dell'inserimento viene automaticamente generato un numero progressivo di lista, univoco per ogni singola S.C. (**Num. Lista**) e nello specifico composto dai seguenti dati:

- Struttura Complessa (cod. disciplina);
- anno di riferimento;
- numero di lista.

Il contatore, così impostato, è univoco per ricoveri ordinari e day hospital/day surgery sulle discipline che utilizzano entrambi i regimi di ricovero aventi onere degenza SSN.

I contatori vengono azzerati annualmente (parimenti al contatore delle schede di dimissione ospedaliera) mantenendo in memoria tutta la documentazione relativa agli anni precedenti.

Nel caso in cui il medico ritenesse necessario, è possibile, in base alle caratteristiche cliniche del paziente, modificare la classe di priorità; la modifica della classe è sotto diretta responsabilità del Direttore della Struttura, e rimane traccia della modifica effettuata.

Il paziente può richiedere una momentanea sospensione della prenotazione per particolari esigenze subentranti a carico dello stesso. A tal fine l'operatore andrà ad inserire il paziente in SOSPENSIONE LISTA il paziente stesso compilando la specifica maschera.

Ogni modifica apportata alla lista d'attesa deve essere gestita attraverso la funzione REVISIONE LISTA, che consente la tracciabilità delle variazioni intervenute.



## REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI

CODICE:  
007/ASLNO/22/Rev.001

**Lista Revisioni**

Risposta Paziente

Status Revisione

Risultato Revisione

Data Revisione

Utente Agg.  
Lorenzini Paola

**Status Revisione**

Rimane in Lista	1
Sospeso da lista	2
Rimosso da Lista	3

**Risultato Revisione**

Non accetta il ricovero per problemi personali motivati	1
Deceduto	2
Primo rifiuto non motivato	3
Secondo rifiuto non motivato	4
Irreperibile telefonicamente	5
Sospeso per controindicazioni attuali all'intervento	6
Sospeso per decisione del paziente	7
Sospeso per ricovero in urgenza per altre patologie	8
Ricovero non eseguito per controindicazione o altre ragioni (V641 e V643)	9
Ricovero non eseguito per decisione del paziente (V642---)	10
Rimozione per inserimento errato	11
Rimosso per ricovero in urgenza stessa patologia	12
Rimosso perche' operato presso altra struttura	13

Si suggerisce di compilare tutti i campi in modo da avere una registrazione dettagliata della revisione (vedi esempio).

Utente	Data Agg.	Ora Agg.	Status Revisione	Risultato Revisione	Data Revisione	Risp. Paz	Commento Revisione	Review Date
Greto Barbara	21/01/2022	11:28	Sospeso da lista	Sospeso per ricovero in urgenza per altre patologie	21/01/2022	N	la sig. è in cura per patologia tumorale. Quando avrà terminato ci ricontatterà per programmare intervento.	03/01/2022

### 4.5 Pulizia della lista

La lista di attesa va verificata con una cadenza correlata alla classe di priorità assegnata; è necessario procedere periodicamente al controllo dei pazienti in attesa, verificando la disponibilità degli stessi al ricovero.

(Periodicità del controllo delle liste: ogni 30 giorni per i codici A; ogni 60 gg per i codici B; ogni 180 gg per i codici C e ogni 12 mesi per i codici D).

Annualmente viene effettuata una pulizia di tutte le liste operatorie. L'accertamento periodico della disponibilità del paziente e la regolare pulizia della lista rappresentano un punto cruciale per la corretta tenuta delle agende di prenotazione.

#### 4.6 Cancellazione dalla lista

La cancellazione (funzionalità RIMOZIONE LISTA) avverrà nei seguenti casi:

Motivo cancellazione	
Inserito per errore	1
Ricovero non eseguito per controindicazione o altre ragioni (V641 e V643)	2
Ricovero non eseguito per decisione del paziente (V642---)	3
Chiusura per ricovero in urgenza	8
Modifica Data/Ora Pre-Acc	9
Mancanza Posti Letto	10
Rimozione per Disposizione Regionale	13
Deceduto	14
Modifica per adeguamento ex DGR 84-10526 del 29/12/2008	20
Chiusura Presidio Ospedaliero Arona al 14/12/2012	21
pz ricoverata in urgenza da PS	22
Rimosso perchè irreperibile telefonicamente	24

#### 4.7 Ordine di chiamata del ricovero

L'ordine di accesso alle prestazioni di ricovero programmato si determina in base all'insieme dei seguenti fattori:

- o Livello di priorità clinica attribuita;
- o Ordine cronologico di iscrizione in lista.

Nel caso di ricovero chirurgico, la data dell'intervento viene stabilita dal Direttore/Responsabile della Struttura alla luce delle classi di priorità ed in base alla disponibilità della sala operatoria, dei posti letto e delle priorità cliniche del paziente.

Le SC, quale elemento fondamentale del patto assistenziale con l'utente, devono dotarsi di strumenti (opuscolo o fogli informativi) che esplicitano i passaggi e gli interlocutori del processo che va dalla richiesta di esecuzione della prestazione o del ricovero alla loro effettuazione, passando attraverso le fasi intermedie di prenotazione, permanenza in lista, chiamata e preparazione all'intervento.



## ART.5 RESPONSABILITÀ

<b>Azione</b>	<b>Responsabile</b>
Proposta di ricovero con indicazione della classe di priorità	Medico
Indicazione all'effettivo inserimento in lista	Direttore/Responsabile o suo delegato*
Inserimento in lista	Operatori identificati in ciascuna Struttura (in genere CPSS e CPSI delle S.C. di degenza delegati dal Direttore della S.C.)
Pulizia della lista	Operatori identificati in ciascuna Struttura (segnalazione automatica di decesso o ricovero urgente da sistema informativo)
Ordine di chiamata dei pazienti	Direttore/Responsabile o suo delegato
Chiamata dei pazienti	Operatori identificati in ciascuna Struttura
Verifica della corretta tenuta delle liste di attesa	Direzione Medica di Presidio
Monitoraggio e rilevazione dati flussi informativi	Direttore S.C. o Suo delegato. CPSS, personale Direzione Medica P.O. Borgomanero appositamente individuato dal Direttore Medico; Servizio Informativo e Controllo di Gestione

*\*Principio della delega: il delegato, autorizzato con proprie credenziali, opera in nome e per conto del delegante, il delegante esercita una supervisione sull'operato del delegato.*

Il Direttore della S.C. dovrà individuare il personale eventualmente delegato alla gestione delle liste d'attesa (inteso come inserimento e gestione dei pazienti in lista di attesa), fornendo alla Direzione Medica i nominativi del personale delegato e richiedendo informaticamente le credenziali attraverso l'applicativo CREDNet.

## ART.6 MODALITÀ DI VERIFICA DELLA CORRETTA TENUTA DELLE LISTE D'ATTESA

La Direzione Medica del P.O. su delega del Direttore Sanitario garantisce l'attività di vigilanza, in particolar modo relativamente all'utilizzo corretto, trasparente ed appropriato delle agende. In particolare:

- valuta la congruenza delle classi di priorità dei pazienti e dei tempi di erogazione della prestazione;
- valuta la sensibilità e specificità dei criteri valutando per quanti soggetti, in un periodo di tempo prestabilito, si è verificata una variazione di classe di priorità.

Nel caso in cui sia presente, nel campione esaminato, una quota di soggetti che hanno subito un cambiamento di classe superiore al 20% la Struttura dovrà provvedere alla revisione delle classi di priorità.

Il controllo dei registri informatizzati verte sulla presenza di quei sistemi di resistenza che garantiscano trasparenza ed imparzialità della gestione delle prenotazioni. In dettaglio devono essere accertati:

1. Utilizzo di password.
  2. Verifica operatori gestori di lista (congruenza nominativi personale operante su sistema abilitato con credenziali e nominativi registrati a sistema).
  3. Verifica modifiche classi di priorità e relative motivazioni.
- Periodicamente, su stampa cartacea del registro informatizzato, saranno verificate:
    1. Rispetto della sequenzialità delle liste d'attesa per patologia.
    2. Rispetto della cronologia della lista d'attesa generale.
    3. Sequenzialità di pagine.

Gli indicatori che saranno utilizzati sono i seguenti:

- n° di pazienti in lista d'attesa con preoperatorio concluso (idoneità all'intervento) da oltre 60 giorni (standard 0%);
- n° di ricoveri programmati per intervento chirurgico senza l'inserimento in lista d'attesa (standard 0 %);

Gli indicatori sopra riportati vengono valutati semestralmente sullo stato della lista d'attesa di tutte le Strutture di ricovero.

#### **ART.7 LISTA DI DISTRIBUZIONE**

- Direzione Medica PO.
- Strutture Complesse di Degenza.
- Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale con letti di degenza.
- Struttura Complessa Servizio Informativo e Controllo di Gestione.