

Codice A1414D

D.D. 18 maggio 2022, n. 843

"Azienda Sanitaria Locale di Alessandria" sita in via Venezia n. 6 ad Alessandria (AL): 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 843/A1414D/2022

DEL 18/05/2022

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari

OGGETTO: "Azienda Sanitaria Locale di Alessandria" sita in via Venezia n. 6 ad Alessandria (AL): 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 verifichino 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. 39884 del 01 marzo 2022 (protocollo regionale n. 8378/A11414D del 03.03.2022) il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale di Alessandria sita in via Venezia n. 6 ad Alessandria (AL) ha trasmesso l’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. 44405 del 13 maggio 2022 (protocollo regionale n. 18525/A1414D del 16.05.2022) 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 Alessandria sita in via Venezia n. 6 ad Alessandria in cui si esprime parere tecnico favorevole di accreditabilità.

Nella relazione di cui sopra si rappresenta che, al termine della verifica di rispondenza ai requisiti definiti nel “Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte” approvato con Determinazione n. 725 del 15 novembre 2017, effettuata nei giorni 15 e 16 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.

L'Organismo Tecnicamente Accreditante, come previsto dalla procedura di verifica accreditamento, si riserva di verificare lo stato di avanzamento delle attività previste dal piano di miglioramento 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 DGR n. 1-4046 del 17/10/2016, come modificata dalla DGR n. 1-3361 del 14 giugno 2021;

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 della Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725, l'“Azienda Sanitaria Locale di Alessandria” sita in via Venezia n. 6 ad Alessandria (AL), 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.

*Il funzionario estensore
dott. Antonio Tricarico*

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 ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. ASL_AL_Piano_di_Adeguamento_Accred_(RU.2022.0074529).pdf

Allegato 

¹ 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



Sede legale: Via Venezia, 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

DIREZIONE GENERALE
Direttore Generale Dott. Luigi Vercellino

C.A. Dott.ssa Cristina Zonato
ARPA Piemonte

E p.c. Alla Direzione regionale "Sanità e Welfare"
- Settore "Regole del SSR nei rapporti
con i soggetti erogatori"
Via pec: sanita@cert.regione.piemonte.it

OGGETTO: Piano di adeguamento ai requisiti definiti nel "Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private delle Regione Piemonte"

Si trasmette il Piano di adeguamento ai requisiti definiti nel "Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private delle Regione Piemonte" in esito alle verifiche nei giorni 15 e 16 Marzo c.a.

Cordiali saluti,

Dott.sa Sara Marchisio
DIRETTORE SANITARIO

Dott. Guglielmo Pacileo
SSA Governo clinico, qualità e accreditamento

Dott. Luigi Vercellino
DIRETTORE GENERALE

Piano di adeguamento ai requisiti definiti nel "Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte"

Non conformità minori

Evidenza + Analisi criticità	Azioni da adottare	Tempistiche	Responsabilità di risoluzione
1.4.2 – Non è presente la procedura/regolamento che prevede anche la definizione delle classi di priorità e liste d'attesa per i ricoveri.	Adozione della procedura che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	Entro giugno 2022	SC Direzione Medica di Presidio
2.4.5 – Manca evidenza di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Adozione di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Entro settembre 2022	SSA Governo clinico, Qualità e Accreditamento
2.5.1 – Non è presente una metodologia consolidata per la valutazione della qualità di compilazione della cartella clinica	Elaborazione di una procedura aziendale sul controllo della qualità della compilazione della cartella clinica	Entro giugno 2022	SC Direzione Medica di Presidio
5.1.4 – Manca evidenza di una modalità strutturata e quantificabile per la valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione	Adozione di una modalità strutturata e quantificabile per la valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione	Entro giugno 2022	SSA Comunicazione – URP - Formazione

Raccomandazioni:

Evidenza + Raccomandazione	Azioni da adottare	Tempistiche	Responsabilità di risoluzione
1.5.2 - Formalizzare l'individuazione della figura del responsabile prevista dal requisito.	Assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi	Entro giugno 2022	Direzione Generale
1.5.7. – (2.5 - 7.3.3) Implementare i meccanismi di valutazione e le successive attività di miglioramento	Aggiornare i documenti relativi alla analisi delle performance	Entro dicembre 2022	SC Programmazione Controllo Sistema Informativo
2.2.1 – (5.3.1)– Rimodulare le pagine del sito relative alla carta dei servizi, rendendola più aderente alle indicazioni regionali anche in termini di	Aggiornare la struttura del sito aziendale seguendo le raccomandazioni	Entro settembre 2022	SC Comunicazione URP e Formazione

contenuti, al fine di poterla utilizzare anche per le condivisioni con le associazioni.			
2.3.1 – completare le attività di verifica sulla cartella infermieristica.	Attivare l'attività di verifica raccomandata	Entro giugno 2022	SC Direzione delle Professioni Sanitarie
2.5.2 – implementare in tempi rapidi la procedura informatica per la gestione delle fasi previste dalla corretta gestione del farmaco.	Elaborare una procedura per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci	Entro giugno 2022	SC Direzione Medica di Presidio
3.1.1 – (7.3.1) - migliorare la definizione delle priorità in fase di programmazione	Dare maggiore evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti	Entro dicembre 2022	SC Tecnico e Tecnologie Biomediche - ICT
4.1.2. – (4.2.3 – 6.3.7) – implementare i corsi di formazione anche per il personale convenzionato e con particolare attenzione ai corsi sul rischio clinico.	Attivare i corsi di formazione richiesti	Entro giugno 2022	SSA Comunicazione – URP - Formazione
5.2.2 – (5.2.3). – riattivare lo sportello di ascolto	Reclutare il personale necessario	Entro giugno 2022	S.C. Medico Competente - Prevenzione e Protezione
6.4.1 – migliorare e coordinare l'utilizzo del braccialetto identificativo nei vari setting assistenziali	Attuare quanto raccomandato	Entro dicembre 2022	SC Direzione Medica di Presidio

Piano di attuazione per i seguenti requisiti:

Evidenza + Analisi criticità	Azioni da adottare	Tempistiche	Responsabilità di risoluzione
1.2.1 - Bozze PDTA Reti tempo dipendente	Deliberare i PDTA reti tempo dipendenti	Entro giugno 2022	SSA Governo clinico, Qualità e Accreditamento
1.2.3 – Individuazione del comitato senza dolore	Aggiornare la composizione del comitato senza dolore	Entro giugno 2022	SC Direzione Medica di Presidio
2.4.7 - Si chiede di realizzare il previsto monitoraggio e miglioramento dei PDTA	Programmare riunioni di monitoraggio PDTA nel 2022	Entro dicembre 2022	SSA Governo Clinico, Qualità ed Accreditamento

Requisiti dichiarati "soddisfatti in parte"

Evidenza + Analisi criticità	Azioni da adottare	Tempistiche	Responsabilità di risoluzione
1.3.2 - Procedura di	Aggiornamento SiMiVaP	Entro giugno 2022	SC Personale, Sviluppo

valutazione annuale della performance individuale di tutti i dipendenti attraverso SiMiVaP			Risorse Umane
1.4.4 - Da completare sviluppo di un sistema di back up e di protezione dei dati da attacchi hacker	Nel piano di sviluppo dei SI 2022 in prima posizione si hanno lo sviluppo di un sistema di back up e di protezione dei dati da attacchi hacker	Entro dicembre 2022	Sistemi Informativi
1.6.2 - Analisi strutturata di segnalazioni e disservizi carente	Effettuare analisi delle segnalazioni	Entro dicembre 2022	SSA Comunicazione – URP - Formazione
1.6.3 - Monitoraggio delle azioni di miglioramento	Fornire evidenza del sistema di miglioramento	Entro dicembre 2022	SSA Comunicazione – URP - Formazione
1.6.4 - Procedura di comunicazione esterna non ancora deliberata	L'Azienda ha definito la propria procedura di comunicazione esterna ma occorre deliberarla	Entro dicembre 2022	SSA Comunicazione – URP - Formazione
2.3.6 - Carente caricamento di informazioni su FSE da parte degli operatori	Inserimento nel sistema di budget di obiettivi correlati al FSE	Entro giugno 2022	SC Programmazione Controllo Sistema Informativo
2.4.2 - Creazione piano qualità aziendale in corso	Deliberazione piano qualità aziendale	Entro dicembre 2022	SSA Governo clinico, Qualità ed Accreditamento
4.2.1 - L'attuale procedura non copre tutti gli operatori	Estensione a tutto il personale di modalità strutturata di gestione del nuovo personale	Entro dicembre 2022	SC Personale, Sviluppo Risorse Umane
4.2.2 - L'attuale procedura non copre tutti gli operatori	Estensione a tutto il personale di modalità strutturata di gestione del nuovo personale	Entro dicembre 2022	SC Personale, Sviluppo Risorse Umane
4.2.4 - Assenza di rilevazione sistematica di efficacia dei programmi di orientamento	Sviluppo di uno strumento per la valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento	Entro dicembre 2022	SC Personale, Sviluppo Risorse Umane + SC Direzione delle Professioni Sanitarie
5.1.3 - Piano di comunicazione	Pubblicazione del piano di comunicazione	Entro dicembre 2022	SSA Comunicazione – URP - Formazione
5.2.1 - La valutazione dei rischi psicosociali e del benessere organizzativo è in attesa a causa di mancanza di personale competente.	Individuazione di personale con competenze per assolvere a questo compito	Entro dicembre 2022	S.C. Medico Competente - Prevenzione e Protezione
5.3.3 - Non esiste un documento unico che definisca le modalità per la comunicazione con paziente e caregiver	Sviluppo documento unico che definisca le modalità adottate per la comunicazione	Entro dicembre 2022	SC Direzione delle Professioni Sanitarie + SC Direzione Medica di Presidio
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	Elaborazione della procedura	Entro dicembre 2022	SC Direzione Medica di Presidio

responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura "			
5.4.2 - Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato	Aggiornamento della documentazione specifica	Entro dicembre 2022	SC Direzione Medica di Presidio
5.4.3 - Addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento	Inserire nel piano di formazione i corsi per il coinvolgimento di paziente e caregiver	Entro dicembre 2022	SSA Comunicazione – URP – Formazione
5.4.4 - Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver ed i miglioramenti degli stessi se necessario	Si lavorerà ad un'implementazione nella creazione di documentazione specifica; sono stati individuati indicatori di valutazione di efficacia ma non sono ancora stati applicati (Accreditation Canada)	Entro dicembre 2022	SC Direzione delle Professioni Sanitarie
5.5.4 - Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	Inserire i dati nel piano aziendale qualità	Entro dicembre 2022	SSA Governo Clinico, Qualità ed Accredimento
6.1.5 - Valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario	Monitoraggio annuale PDTA	Entro dicembre 2022	SSA Governo Clinico, Qualità ed Accredimento
6.3.8 - Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi	Implementazione Cartorisk per le sale operatorie	Entro Ottobre 2022	SC Direzione Medica di Presidio
6.4.2 - Produzione e diffusione buone pratiche non strutturata omogeneamente in tutta l'azienda	Implementare strutturazione omogenea delle buone pratiche	Entro Dicembre 2022	SSA Governo Clinico, Qualità ed Accredimento
7.1.1 - Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione	Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità	Entro dicembre 2022	SSA Governo Clinico, Qualità ed Accredimento

e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare).			
--	--	--	--

Requisiti dichiarati "non soddisfatti"

Evidenza + Analisi criticità	Azioni da adottare	Tempistiche	Responsabilità di risoluzione
5.5.3 - Non sono presenti indagini di customer satisfaction	Introduzione di strumenti di analisi della soddisfazione	Entro dicembre 2022	SSA Comunicazione – URP - Formazione
5.5.5 – mancata diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale	Diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale	Entro dicembre 2022	SSA Comunicazione – URP - Formazione

Alessandria, 10/05/2022