

Codice A1414D

D.D. 31 maggio 2022, n. 932

**Azienda Sanitaria Locale di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino - ASL TO5 sita in piazza Silvio Pellico n. 1 a Chieri (TO): 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 932/A1414D/2022**

**DEL 31/05/2022**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**A1400A - SANITA' E WELFARE**

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

**OGGETTO:** Azienda Sanitaria Locale di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino - ASL TO5 sita in piazza Silvio Pellico n. 1 a Chieri (TO): 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. 12329 del 11 marzo 2022 (protocollo regionale n. 9931/A11414D del 15.03.2022) il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino - ASL TO5 sita in piazza Silvio Pellico n. 1 a Chieri (TO) 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. 48892 del 26 maggio 2022 (protocollo regionale n. 20262/A1414D del 27.05.2022) il Dirigente Responsabile dell’Organismo Tecnicamente Accreditante costituito presso l’ARPA Piemonte ha trasmesso la relazione finale di verifica accreditamento dell’Azienda Sanitaria Locale TO5 sita in piazza Silvio Pellico n. 1 a Chieri (TO) 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 22 e 23 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 siano 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 Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino - ASL TO5 sita in piazza Silvio Pellico n. 1 a Chieri (TO), 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

Allegato

## ELENCO DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' PER LA SODDISFAZIONE DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO, STRUTTURE RESPONSABILI E TEMPISTICHE

Requisito /evidenza	Struttura responsabile	aprile 2022	maggio 2022	giugno 2022	luglio 2022	agosto 2022	settembre 2022	ottobre 2022	novembre 2022	dicembre 2022	I semestre 2023	II semestre 2023
1.4.1 Presenza sistemi informativi che consentano tracciatura, pianificazione e controllo	S.S. Controllo di gestione S.C. Sistemi informativi e tecnologie integrate	Stesura della procedura "Trasmissione e gestione dei flussi informativi sanitari regionali"	Approvazione della procedura da parte delle dire strutture coinvolte									
1.4.3 Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie	S.C. Direzione sanitaria dei Presidi Riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri SS.CC. Distretti sanitari			Ricognizione sistemi gestione liste di attesa				Predisposizione di una procedura per la corretta gestione, monitoraggio e rilevazione tempi di attesa	Verifica e diffusione corretta applicazione procedura			
2.2.4 Presa in carico dei pazienti – 2.5.2 Riconciliazione dei farmaci	Gruppo rischio clinico S.C. Farmacia ospedaliera S.C. Direzione sanitaria dei Presidi Riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri									Pubblicazione della procedura validata sul sito internet aziendale		
2.2.5 Trasferimento informazioni della presa in carico dei pazienti	S.C. Direzione sanitaria dei Presidi Riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri									Pubblicazione della procedura sul controllo delle cartelle cliniche validata sul sito internet aziendale		
2.3.1 Definizione responsabilità supervisione dell'assistenza	S.C. Direzione delle professioni sanitarie											Pubblicazione della procedura sulla presa in carico del paziente validata sul sito internet aziendale
6.4.1 Sviluppo soluzioni innovative per la sicurezza	S.C. Direzione sanitaria dei Presidi Riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri									Diffusione trackcare	Verifica corretto utilizzo trackcare e avvio SUT informatizzata	Pieno utilizzo SUT informatizzata
3.2.1 Inventario attrezzature e procedura identificazione	S.C. Sistemi informativi e tecnologie integrate S.S. Gestione del patrimonio									Stesura di una procedura aziendale		

## PRINCIPALI ATTIVITA' A CARICO DELLA S.C. AFFARI GENERALI E PERSONALE E S.S. COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E QUALITA' PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Requisito /evidenza	aprile 2022	maggio 2022	giugno 2022	luglio 2022	agosto 2022	settembre 2022	ottobre 2022	novembre 2022	dicembre 2022	I semestre 2023	II semestre 2023	
5.3.4 Informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti		Creazione di un opuscolo sulla donazione di organi										
2.2.1 – 2.2.6 – 2.5.1 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti (protocolli/ procedure)			Revisione del gruppo aziendale PDTA (adozione deliberazione)	Revisione dei compiti e delle funzioni del gruppo PDTA (adozione deliberazione)		Progettazione della revisione delle procedure/ protocolli validati da più di cinque anni						
						Effettuazione di audit sulla corretta applicazione delle procedure/ protocolli						
4.1.5 Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno (formazione)		Informare tutto il personale aziendale della presenza della cartella condivisa	Predisposizione di una istruzione operativa per la diffusione della conoscenza derivante dalla formazione esterna	Diffusione e sperimentazione dell'istruzione operativa all'interno delle strutture aziendali				Verifica della conoscenza e applicazione dell'istruzione operativa all'interno delle strutture				
5.3.1 – 2.1.2 coinvolgimento delle associazioni (carta dei servizi)		Aggiornamento della conferenza aziendale di partecipazione e revisione del regolamento				Adozione della deliberazione di costituzione della conferenza aziendale di partecipazione e approvazione del relativo regolamento	Aggiornamento della carta dei servizi con il contributo delle associazioni di volontariato					
5.2.2 Implementazione segnalazioni/ suggerimenti dal personale (CUG)								Istituzione del nuovo CUG	Approvazione del regolamento del CUG	Individuazione e nomina del Consigliere di fiducia		
5.5.1 – 5.5.2 – 5.5.4 Modalità di ascolto dei pazienti (customer satisfaction)	Trasmissione report reclami al primo trimestre alle strutture aziendali		Analisi delle segnalazioni pervenute e individuazione delle azioni correttive	Verifica delle azioni correttive								
4.2.1 piano accoglienza e affiancamento personale volontario							Revisione e aggiornamento regolamento aziendale	Diffusione del nuovo regolamento	Verifica dell'applicazione del nuovo regolamento			
5.1.4 Efficacia comunicazione interna											Progetto di rilevazione dell'efficacia della comunicazione	
5.2.1 Indagini sul clima aziendale										Avvio delle indagini sul clima interno		
7.1.1 Programma aziendale per il miglioramento della qualità										Approvazione programma aziendale di miglioramento della qualità		



**A.S.L. TO5**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino*

---

# **ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

Piano di miglioramento  
in rispondenza dei requisiti del  
Manuale di accreditamento delle strutture  
sanitarie pubbliche e private della  
Regione Piemonte



## **Premessa**

In ottemperanza al programma annuale delle verifiche delle strutture sanitarie pubbliche, condiviso con l'Assessorato alla Sanità, politiche sociali e welfare, l'Arpa, individuato quale organismo tecnicamente accreditante, ha effettuato, nei giorni 22 e 23 marzo 2022, la verifica dei requisiti di accreditamento presso l'ASL TO5.

Nel corso della verifica, come riportato nel rapporto inviato con nota prot. 14986 del 28/3/2022 ha evidenziato alcune criticità classificate in non conformità minori o raccomandazioni, per le quali l'ASL TO5 individua le azioni correttive e/o di miglioramento di seguito precisate.

## **Non conformità minori**

**1.4.1 Presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo che tengano conto anche del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia.**

*Non conformità minore:* Non evidenza di un documento che individui le informazioni connesse all'attività Aziendali (modalità di raccolta, elaborazione, archiviazione e sicurezza dei dati).

*Piano di miglioramento:*

La S.S. Controllo di gestione ha predisposto la procedura "Trasmissione e gestione dei flussi informativi sanitari regionali" che definisce le modalità di gestione dei dati relativi ai flussi informativi regionali delle prestazioni sanitarie nelle fasi di raccolta, invio e correzione, in fase di approvazione. Tale documento contiene anche un censimento di tutti gli applicativi utilizzati in ASL che alimentano i flussi informativi in uso al Controllo di gestione.

Tale procedura sarà integrata con la parte relativa alla gestione dell'archiviazione e della sicurezza di accesso e integrità dei dati, a cura della S.C. Sistemi informativi e tecnologie integrate.

### **5.3.4 Informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti**

*Non conformità minore:* E' presente la procedura aziendale sul prelievo di organi e tessuti da donatore vivente, ma non vi è evidenza delle modalità adottate per informare il paziente e i suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti.

*Piano di miglioramento:*

In ASL è presente un "Protocollo aziendale per il prelievo di organi e tessuti da donatore vivente – N.H.B.D.", approvato nel 2013, che è conosciuto e diffuso in tutte le strutture aziendali coinvolte da tale attività.

Il momento di informazione dei parenti e l'esito del confronto è registrato in cartella clinica e nella scheda di monitoraggio. Si ritiene opportuno, per agevolare il confronto con i familiari, predisporre degli opuscoli informativi per i familiari coinvolti nella decisione.

In particolare, sul tema del prelievo di organi e tessuti da donatore vivente, si intendono avviare le seguenti azioni, con la tempistica di seguito indicata:

	mag.	giu.	lug.	ago.	set.	ott.	nov.	dic.	I sem.
Predisposizione di opuscoli informativi da consegnare ai familiari									
Revisione della procedura aziendale									
Diffusione della procedura aziendale									
Verifica della corretta applicazione della procedura aziendale									

## Raccomandazioni

### 1.4.3 Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie.

*Raccomandazione:* Dettagliare maggiormente l'informazione al paziente sui tempi di attesa.

*Piano di miglioramento:*

La gestione e il monitoraggio delle liste di attesa sono competenza della S.C. Direzione sanitaria dei presidi ospedalieri riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri per quel che riguarda le prestazioni erogate all'interno degli ospedali dell'ASL TO5 (Ospedale "Santa Croce" di Moncalieri; Ospedale "Maggiore" di Chieri; Ospedale "San Lorenzo" di Carmagnola) e della S.C. Distretto di Chieri – Distretto di Carmagnola e S.C. Distretto di Moncalieri – Distretto di Nichelino per quel che riguarda le prestazioni erogate in regime ambulatoriale. Alle strutture coinvolte è richiesto di migliorare la qualità dell'informazione fornita all'utenza circa i tempi delle liste di attesa e di essere in grado di fornire, su richiesta, l'indicazione del tempo di attesa della specifica prestazione al momento della prenotazione. Le azioni che saranno intraprese sono di seguito descritte:

Strutture coinvolte	Iniziativa da intraprendere		Tempistica
S.C. Direzione sanitaria dei presidi riuniti di Carmagnola, Chieri e	Fase 1	Ricognizione e verifica dei sistemi di gestione delle liste di attesa per il monitoraggio delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale vigente	entro giugno 2022

Moncalieri S.C. Distretto di Chieri – Distretto di Carmagnola	Fase 2	Predisposizione di una procedura per la corretta gestione, monitoraggio e rilevazione dei tempi di attesa	entro ottobre 2022
S.C. Distretto di Moncalieri – Distretto di Nichelino	Fase 3	Verifica della diffusione e corretta applicazione della procedura e definizione di eventuali azioni correttive se necessarie	novembre 2022

Contestualmente, le strutture coinvolte presteranno una rinnovata attenzione alla pubblicazione dell'informazione sui tempi di attesa nella sezione dedicata del sito (Amministrazione trasparente).

**2.2.1 Formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti; 2.2.6 Verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario; 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.**

*Raccomandazione:* Revisionare sistematicamente i PDTA in uso e valutarne l'applicazione.

*Piano di miglioramento:*

Negli ultimi anni, in ASL TO5, è stato proposto un nuovo layout per la redazione dei protocolli/procedure aziendali, ponendo particolare attenzione alla tempistica di revisione dei documenti e alla verifica della corretta conoscenza e applicazione degli stessi.

In tutti i protocolli/ procedure è riportata al punto 9 la "modalità di verifica degli indicatori" dove è precisato che: "I direttori delle SS.CC., i responsabili e i coordinatori hanno il compito di vigilare e verificare che le attività descritte nel presente documento vengano applicate sistematicamente da parte di tutto il personale coinvolto. Il responsabile della verifica degli indicatori deve tenere evidenza scritta dei controlli eseguiti con analisi delle cause e descrizione delle azioni di miglioramento da attuare in caso di non raggiungimento dello standard indicato. Attività di audit potranno essere promosse dal gruppo aziendale PDTA". Al punto 10 "Revisione del documento" è invece stabilito il termine di validità del protocollo/ procedura, precisando che: "Il presente documento ha validità 5 anni dalla data di pubblicazione salvo che mutate esigenze dell'azienda, nuove necessità organizzative o variazioni degli indirizzi normativi ne richiedano la modifica sostanziale o la revisione in tempi più brevi. L'estensore principale è il responsabile della revisione del documento che verrà effettuata con i componenti del gruppo di lavoro".

La supervisione della corretta revisione dei protocolli aziendali è in capo alla S.S. Comunicazione, formazione e qualità che al fine di migliorare la valutazione della loro corretta applicazione intende avviare le seguenti attività, con la tempistica di seguito definita:

Struttura responsabile	Iniziativa da intraprendere		Tempistica
S.S. Comunicazione, formazione e qualità	Fase 1	Revisione del Gruppo di lavoro sull'attività di monitoraggio e definizione della documentazione aziendale assimilabile a PDTA, linee guida, protocolli e procedure aziendali, approvato con deliberazione del direttore generale n. 456 del 9/11/2015.	giugno 2022
	Fase 2	Revisione e aggiornamento delle finalità, dei compiti e delle funzioni del gruppo PDTA individuate con determinazione del direttore generale n. 1197 del 19/10/2009.	giugno - luglio 2022
	Fase 3	Progettazione della revisione delle procedure/ protocolli a più di cinque anni dalla validazione	settembre 2022
	Fase 4	Promozione di attività di audit da parte del gruppo PDTA	A partire da settembre 2022

**2.2.4 Tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione – 2.5.2 Procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali.**

*Raccomandazione:* Ultimare e inserire a sistema la procedura sulla riconciliazione.

*Piano di miglioramento:*

E' in fase di revisione la procedura aziendale sulla riconciliazione dei farmaci redatta dal Gruppo rischio clinico, in collaborazione con la S.C. Farmacia ospedaliera e la S.C. Direzione delle professioni sanitarie – area governo clinico. La procedura in oggetto sarà disponibile, una volta validata dalla Direzione Sanitaria, sul sito internet aziendale (area intranet) e consultabile da parte di tutti gli operatori. La pubblicazione della procedura validata è prevista entro dicembre 2022.

**2.2.5 Gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura.**

*Raccomandazione:* Aggiornare la procedura sul controllo delle cartelle cliniche.

*Piano di miglioramento:*

La procedura sul controllo delle cartelle cliniche sarà aggiornata, a cura della S.C. Direzione sanitaria dei presidi ospedalieri riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri, entro il 31/12/2022. La procedura approvata sarà condivisa con le strutture coinvolte e sarà pubblicata sul sito internet aziendale in una sezione dedicata a tutto il personale dipendente.

**2.3.1 Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza.**

*Raccomandazione:* Ultimare e inserire a sistema la procedura di presa in carico del paziente.

*Piano di miglioramento:*

La S.C. Direzione delle professioni sanitarie provvederà alla stesura di un documento riportante le

linee di indirizzo per la presa in carico del paziente di area medica, chirurgica e ambulatoriale, entro il 31/12/2023.

**2.5.6 Predefinizione dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria e 8.1.4 Presenza di procedure per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti.**

*Raccomandazione:* Rendere disponibili all'utenza i tempi di accesso alla documentazione sanitaria (es. tempi di consegna della cartella clinica).

*Piano di miglioramento:*

In ASL TO5 è presente un Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e per l'esercizio dell'accesso civico semplice e generalizzato (approvato con deliberazione n. 389 del 26/3/2019) che illustra le modalità di richiesta dei documenti. Si condivide la necessità di meglio dettagliare la procedura per la richiesta dei documenti amministrativi e sanitari e si ritiene necessario precisare la tempistica per il loro rilascio. In particolare, con riferimento alla consegna di copia della cartella clinica si provvede a:

- specificare i tempi di consegna sul sito internet aziendale, ove è già presente la modulistica (aggiornamento previsto entro maggio 2022, a cura della S.S. Comunicazione, formazione e qualità);
- fare un riferimento specifico nel prossimo aggiornamento dei contenuti della Carta dei servizi (previsto per giugno 2022);
- fare riferimento specifico negli opuscoli in fase di predisposizione relativi al ricovero in ospedale (stampa e distribuzione prevista entro il mese di giugno 2022).

**4.1.5 Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura.**

*Raccomandazione:* Prevedere momenti specifici di condivisione delle conoscenze formative acquisite all'esterno.

Struttura responsabile	Iniziativa da intraprendere		Tempistica
S.S. Comunicazione, formazione e qualità	Fase 1	Invio a tutto il personale di specifica comunicazione ricordando la possibilità di utilizzo della cartella condivisa "Formazione e diffusione della conoscenza" – "formazione esterna"	maggio 2022
	Fase 2	Stesura di una breve istruzione operativa per definire le modalità di diffusione della conoscenza all'interno delle strutture, prevedendo la stesura di una relazione da parte del partecipante al corso e un verbale di presa visione della documentazione illustrata e messa a disposizione.	giugno 2022
	Fase 3	Diffusione dell'istruzione a tutti i direttori/ responsabili	luglio-settembre 2022
	Fase 4	Verifica della conoscenza e applicazione dell'istruzione all'interno delle strutture	novembre 2022

#### 4.2.1 Messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento addestramento per il nuovo personale – neo assunto/trasferito – compreso il personale volontario.

*Raccomandazione:* Ultimare e inserire a sistema la procedura dei neoassunti aggiornandola alle figure dirigenziali e al personale volontario.

*Piano di miglioramento:*

Per quel che riguarda l'addestramento e l'inserimento di nuovo personale sono previste le seguenti attività:

Struttura responsabile	Iniziativa da intraprendere	Tempistica
S.C. Direzione delle professioni sanitarie	Presenza del documento: "Linee di indirizzo per la gestione degli operatori neoassunti – neoinseriti, afferenti al Servizio delle professioni sanitarie" validato nel 2015. E' prevista una revisione del documento.	I semestre 2023
S.C. Direzione sanitaria dei presidi ospedalieri riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri	E' in corso di elaborazione una procedura dedicata alla gestione degli operatori neoassunti – neoinseriti appartenenti alla dirigenza, con particolare riferimento a quella medica che sono accolti all'ingresso in servizio dalla Direzione sanitaria dei Presidi Ospedalieri dell'ASL.	Presenza della procedura validata entro settembre 2022
		Diffusione della procedura adottata: ottobre – novembre 2022
		Verifica della piena conoscenza e applicazione della procedura: gennaio 2023
S.C. Affari generali e personale	Per la gestione delle collaborazioni e frequenze volontarie è presente un regolamento aziendale, approvato con deliberazione del direttore generale n. 34 del 25/1/2013.	Revisione e aggiornamento del regolamento aziendale: ottobre 2022
		Diffusione del nuovo regolamento adottato: ottobre – novembre 2022
		Verifica dell'applicazione del regolamento: dicembre 2022

#### 5.3.1 Disponibilità di una carta dei servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza.

*Raccomandazione:* Prevedere il coinvolgimento delle associazioni di tutela e volontariato nella prossima revisione della carta dei servizi.

*Piano di miglioramento:*

Tale requisito è strettamente collegato al **2.1.2 Periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi, con l'apporto di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato**, dichiarato dalla Struttura "soddisfatto in parte".

Struttura responsabile	Iniziativa da intraprendere		Tempistica
S.S. Comunicazione, formazione e qualità	Fase 1	Aggiornamento della Conferenza aziendale di partecipazione attualmente istituita con deliberazione n. 318 del 21/6/2016 e contestuale aggiornamento del regolamento che ne disciplina l'organizzazione e il funzionamento.	maggio- luglio 2022
	Fase 2	Adozione delle delibere di costituzione della nuova conferenza aziendale di partecipazione e di approvazione del regolamento	settembre 2022
	Fase 3	Aggiornamento della Carta dei servizi con il coinvolgimento delle associazioni di tutela e volontariato	ottobre - novembre 2022
	Fase 4	Pubblicazione della Carta dei servizi aggiornata al 1/1/2023	gennaio 2023

Contestualmente all'aggiornamento della Conferenza aziendale di partecipazione, la Carta dei servizi è comunque trimestralmente aggiornata dalla S.S. Comunicazione, formazione e qualità e pubblicata sul sito internet aziendale, nella sezione dedicata dell'Amministrazione trasparente.

### 6.3.8 Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 FMEA per anno).

*Raccomandazione:* Prevedere anche l'utilizzo dello strumento FMEA oltre il Cartorisk.

*Piano di miglioramento:*

Nel corso dell'anno 2022 verrà conclusa, a cura del Gruppo aziendale per la gestione del rischio clinico, l'analisi del percorso per la vaccinazione covid utilizzando lo strumento FMEA.

### 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività

*Raccomandazione:* Ultimare e inserire a sistema la SUT informatizzata.

*Piano di miglioramento:*

L'ASL TO5 ha avviato l'utilizzo della SUT informatizzata nelle strutture aziendali. Ad oggi la SUT informatizzata è in uso presso la S.C. Oncologia e presso il servizio di Ematologia. Per le altre strutture l'adozione della SUT informatizzata è condizionata dall'informatizzazione dell'accettazione in reparto che dovrà essere effettuata con il programma Trakcare.

Struttura responsabile	Iniziativa da intraprendere		Tempistica
S.C. Direzione sanitaria dei presidi ospedalieri riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri	Fase 1	Diffusione del programma Trakcare in tutte le strutture aziendali	dicembre 2022
	Fase 2	Verifica del corretto utilizzo del programma Trakcare nelle strutture	marzo 2023
	Fase 3	Avvio dell'utilizzo della SUT informatizzata	aprile 2023
	Fase 4	Pieno utilizzo della SUT informatizzata nelle strutture aziendali	dicembre 2023

### **8.1.3 Adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'equipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione.**

*Raccomandazione:* Prevedere la valutazione dell'efficacia delle iniziative adottate dall'Azienda.

*Piano di miglioramento:*

Nel corso dell'anno 2022 sarà effettuata, a cura della S.C. Direzione sanitaria dei presidi ospedalieri riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri, una ricognizione di tutte le equipe multidisciplinari che operano in ASL e sarà predisposta una scheda di valutazione sull'efficacia delle iniziative adottate.

## **Requisiti dichiarati in sede di autovalutazione come “soddisfatti in parte” o “non soddisfatti”**

### **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”.**

*Piano di miglioramento:*

Al fine di potenziare l'attività svolta dalla struttura semplice Unità cure palliative e dalla struttura semplice dipartimentale Algologia, che si occupano rispettivamente di cure palliative e di terapia del dolore, è prevista entro il 31/12/2022 la revisione dei componenti del Comitato Ospedale – Territorio senza dolore (COTSD), individuati con deliberazione del direttore generale n. 59 del 8/2/2013. Una volta ricostituito il gruppo, riprenderanno le iniziative e l'eventuale revisione dei protocolli antalgici.

### **1.5.1 Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma e di procedure per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/ percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione. 1.5.4 Documentazione delle attività di valutazione. 1.5.5 Esistenza di procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati e il confronto con le parti interessate. 1.5.6 Partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione. 1.5.7 Utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento della performance**

*Piano di miglioramento:*

Le evidenze qui riportate, fanno riferimento al requisito 1.5 “Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi”. A tale riguardo l'ASL ha necessità di redigere una procedura per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno delle strutture aziendali, che disciplini l'intero progetto. La procedura “madre” avrà la funzione di definire le modalità di realizzazione di tutte le evidenze richieste per il requisito in esame.

La struttura incaricata di organizzare e gestire l'attività in oggetto è la S.S. Comunicazione, formazione e qualità.



Le singole evidenze richieste saranno, dunque, soddisfatte con le modalità e le tempistiche (indicative) di seguito riportate:

codice evidenza richiesta	Iniziative da intraprendere (a cura della S.S. Comunicazione, formazione e qualità)	Tempistica
1.5.1	Stesura e approvazione di una procedura aziendale per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi aziendali: individuazione degli indicatori, tempi di rilevazione, strumenti di misurazione e responsabilità.	Entro dicembre 2022
1.5.4	Secondo quanto previsto nella procedura, avviare l'attività di valutazione	da gennaio 2023
1.5.5	Fase 1   Analisi dei risultati ottenuti	da giugno 2023
	Fase 2   Predisposizione di un piano per la loro comunicazione	
1.5.6	Coinvolgimento del personale nell'attività di valutazione, secondo quanto descritto nella procedura	Il semestre 2023
1.5.7	Predisposizione di un documento contenente le azioni correttive da intraprendere in caso di criticità e verifica della loro attuazione	Il semestre 2023

**1.6.2 Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate. 1.6.3 Monitoraggio delle azioni di miglioramento. 1.6.5 Attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi**

*Piano di miglioramento:*

Le evidenze in esame fanno riferimento al rispetto del requisito 1.6 "Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi" e sono strettamente connesse al 5.5 "Modalità di ascolto dei pazienti" le cui evidenze, dichiarate non pienamente soddisfatte, sono analizzate più avanti nel presente documento.

In particolare, si precisa che l'analisi dei disservizi riscontrati e il monitoraggio delle azioni di miglioramento sono oggetto della procedura di gestione dei reclami, approvata con deliberazione del direttore generale n. 210 del 28/2/2019 ed in fase di aggiornamento, per quel che riguarda l'adeguamento alla normativa privacy e al fine di semplificare la procedura per la gestione delle segnalazioni.

**2.4.3 Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari**

*Piano di miglioramento:*

	luglio 2022	agosto 2022	settembre 2022	ottobre 2022	novembre 2022	dicembre 2022
Individuazione di almeno due PDTA, relativi al percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari, che necessitano di revisione, poiché sono trascorsi più di cinque anni dall'approvazione						
Revisione dei protocolli individuati con il coinvolgimento delle associazioni di pazienti e familiari interessati						

Publicazione e diffusione delle procedure revisionate						
Verifica corretta applicazione delle procedure						

La revisione delle procedure con specifico riferimento alla valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari sarà svolta a cura del Gruppo PDTA aziendale, coordinato dalla S.S. Comunicazione, formazione e qualità, con il coinvolgimento della S.C. Direzione sanitaria dei presidi riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri.

### **2.5.5 Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario**

*Piano di miglioramento:*

Entro il 31/12/2022 è prevista, a cura della S.C. Direzione sanitaria dei presidi ospedalieri riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri, la revisione del protocollo aziendale "Gestione delle cartelle clinica", approvata nel 2009, prevedendo all'interno uno specifico riferimento alla valutazione della documentazione, con la creazione di una specifica checklist. Sarà, inoltre, definito il percorso per la gestione di eventuali criticità con la conseguente predisposizione di un piano di azioni correttive.

### **3.2.1 Esistenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse**

*Piano di miglioramento:*

La S.C. Sistemi informativi e tecnologie integrate, in collaborazione con la S.S. Patrimonio, provvederà entro il 31/12/2022 alla stesura di una procedura per l'identificazione delle attrezzature di proprietà ed in service al fine di avere un inventario con codifica unica di tutte le apparecchiature.

### **5.2.2 Implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale**

*Piano di miglioramento:*

Le iniziative che l'ASL ha avviato, negli ultimi anni (pre-pandemia), sono state molte e volte a un sempre maggiore coinvolgimento degli operatori per la costruzione di miglior clima lavorativo. Le attività svolte hanno riguardato le "passioni" degli operatori, quali la scrittura, il teatro e la fotografia, utilizzate per esprimere la loro percezione dell'ambiente lavorativo.

Tale requisito è stato dichiarato "parzialmente raggiunto" poiché ad oggi non è presente un sistema formalizzato per la raccolta dei suggerimenti e delle segnalazioni da parte degli operatori, ma sono presenti diverse iniziative sostenute dalla S.S. Comunicazione, formazione e qualità.

Analizzando gli indicatori previsti, l'ASL si impegna ad avviare/ proseguire le seguenti attività:

Struttura incaricata	Situazione attuale	Iniziative che si intendono intraprendere	Tempistica
S.S. Comunicazione, formazione e qualità	//	Progettazione e realizzazione di un sistema di ascolto interno, finalizzato all'acquisizione di osservazioni, suggerimenti da parte degli operatori al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati	A partire da marzo 2023
S.S. Comunicazione, formazione e qualità	Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni è stato nominato con deliberazione del direttore generale n. 55 del 29/1/2016.  Il Regolamento aziendale del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni è stato approvato con il 4/11/2011.	Costituzione del nuovo Comitato Unico di Garanzia (CUG).	Entro dicembre 2022
		Approvazione del nuovo Regolamento del CUG.	Entro gennaio 2023
S.C. Psicologia	Sportello di Ascolto Psicologico (SAP): attivo dal 2017 a disposizione di tutti i dipendenti	Rivitalizzare la comunicazione interna sulla presenza del servizio SAP attraverso mezzi comunicativi interni (house organ, mail aziendale, etc.)	In corso

#### **5.4.4 Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver ed i miglioramenti degli stessi se necessario**

*Piano di miglioramento:*

La S.C. Direzione sanitaria dei presidi riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri provvederà, entro il 31/12/2022, alla revisione della procedura aziendale sul Consenso informato, approvata a dicembre 2017 con particolare riferimento all'individuazione delle linee di indirizzo da seguire per l'istaurazione di un processo di informazione del paziente e dei propri familiari, volto alla condivisione del percorso clinico e all'acquisizione del consenso.

#### **5.5.1 Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti; 5.5.2 Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti e 5.5.4 Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni di soddisfazione e dell'esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate.**

*Piano di miglioramento:*

E' in uso la procedura aziendale per gestione dei reclami, suggerimenti ed elogi, approvata con deliberazione del direttore generale n. 210 del 28/2/2019. Tale procedura è in fase di revisione e aggiornamento, alla luce soprattutto della normativa privacy.

Per quel che riguarda la diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'ASL è prevista la creazione di una reportistica volta a dare evidenza delle segnalazioni raccolte. Tale reportistica è a disposizione della S.S. Comunicazione, formazione e qualità ed è stata prodotta una prima elaborazione al 31/3/2022. Il report elaborato fornisce un'analisi qualitativa e quantitativa delle segnalazioni pervenute, in particolare offre:

- l'indicazione del numero di reclami/segnalazioni pervenuti per ogni Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASL (collocati a Carmagnola, Chieri e Moncalieri);
- un'analisi numerica dei reclami suddivisi per area geografica del reclamante distinguendo le quattro sedi distrettuali (Carmagnola, Chieri, Moncalieri e Nichelino);
- l'indicazione delle strutture coinvolte dal reclamo;
- la ragione della segnalazione suddivisa per oggetto (aspetti relazionali, ticket, prenotazioni, forniture, etc.).

La reportistica è elaborata trimestralmente ed è previsto un coinvolgimento delle strutture come segue:

Struttura responsabile	Iniziativa da intraprendere		Tempistica
S.S. Comunicazione, formazione e qualità	Fase 1	Trasmissione, a mezzo mail, del report trimestrale dei reclami pervenuti alle strutture coinvolte dalle segnalazioni	aprile 2022
Struttura destinataria del/i reclamo/i	Fase 2	Analisi delle segnalazioni pervenute e trasmissione alla S.S. Comunicazione, formazione e qualità delle azioni correttive che si sono intraprese, o che si intendono attivare	entro giugno 2022
S.S. Comunicazione, formazione e qualità	Fase 3	Verifica a campione della corretta attuazione delle azioni correttive previste	Nel corso dell'anno (a partire da giugno 2022)

**7.1.1 Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione 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**

*Piano di miglioramento:*

La S.S. Comunicazione, formazione e qualità provvederà entro il I semestre 2023 all'approvazione di un programma aziendale per il miglioramento continuo della qualità.

**5.1.4 Valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura e eventuale miglioramento se necessario.**

*Piano di miglioramento:*

Prima di avviare una valutazione dell'efficacia della comunicazione interna, analisi che sarà condotta dalla S.S. Comunicazione, formazione e qualità, è necessario dare avvio all'attuazione

del Piano di comunicazione aziendale. Sarà pertanto possibile avviare tale indagine non prima del secondo semestre 2023, prevedendo la stesura di un progetto ad hoc con una precisa indicazione: delle modalità di rilevazione dell'efficacia della comunicazione; dell'analisi delle informazioni raccolte; della elaborazione e della presentazione dei risultati ottenuti con l'individuazione di eventuali azioni correttive.

### **5.2.1 Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale.**

*Piano di miglioramento:*

Negli ultimi anni non sono state effettuate indagini sul clima interno. Il Piano triennale della comunicazione 2020-2022 approvato con deliberazione del direttore generale n. 86 del 29/1/2020 prevede la realizzazione di indagini sul clima interno che, a causa della gestione dell'emergenza sanitaria, non sono state avviate. Tali indagini saranno condotte a partire dal 2023.

### **5.2.3 Identificazione e facilitazione dei momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità.**

*Piano di miglioramento:*

Come precedentemente illustrato all'interno del presente documento, sarà rivitalizzata nel corso dell'anno l'attività del CUG e dello Sportello di Ascolto Psicologico. Per la fine dell'anno 2023, in linea con quanto precisato con riferimento al requisito 5.2.2, sarà strutturato un percorso per presentare le proposte e rilevazioni del CUG e dello Sportello di Ascolto Psicologico alla Direzione Generale e ai responsabili di tutte le strutture aziendali.

### **5.5.3 Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti e 5.5.5 Diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale.**

*Piano di miglioramento:*

Ad oggi, seppur previste nel Piano triennale della comunicazione 2020-2022 approvato con deliberazione del direttore generale n. 86 del 29/1/2020, non vengono effettuate indagini di customer satisfaction. E' previsto, a cura della S.S. Comunicazione, formazione e qualità, l'avvio di un sistema di rilevazione della customer satisfaction nell'anno in corso, secondo la tempistica di seguito presentata:

	Mag. 2022	Giù. 2022	Lug. 2022	Ago. 2022	Set. 2022	Ott. 2022	Nov. 2022	Dic. 2022	Tempistica
Progettazione delle ricerche di customer satisfaction									
Avvio indagini c.s. tramite supporto informatico									L'indagine, una volta avviata, sarà continuativa nel tempo

Avvio elaborazione dati									L'elaborazione avverrà trimestralmente
Analisi e diffusione dati raccolti									La diffusione dei dati sarà semestrale
Elaborazione azioni correttive									Consequente alla ricezione dell'esito dell'analisi
Verifica realizzazione azioni correttive									Secondo le tempistiche definite con le azioni correttive

### 7.3.3 Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione

*Piano di miglioramento:*

All'interno del requisito "Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa" è previsto anche un monitoraggio sull'efficacia dell'intero percorso. La realizzazione di tale monitoraggio comporta la progettazione di uno specifico percorso, brevemente descritto nella tabella seguente:

Struttura responsabile	Attività da intraprendere		Tempistica
S.C. Sistemi informativi e tecnologie integrate	Fase 1	Individuazione delle attività innovative da intraprendere nel prossimo triennio, descritte all'interno del piano della performance aziendale	gennaio 2023 (o comunque coincidente con il piano della performance)
S.C. Sistemi informativi e tecnologie integrate, in collaborazione con la S.S. Comunicazione, formazione e qualità	Fase 2	Definizione di un piano indicatori di monitoraggio del percorso di innovazione – valutazione - adozione e progettazione dell'indagine	A partire dal secondo semestre 2023
	Fase 3	Conduzione dell'indagine tra i dipendenti	Periodo gennaio – dicembre 2024
	Fase 4	Analisi dei dati raccolti	gennaio 2025

### Allegati

Il presente piano è composto da due allegati:

- allegato 1: è una tavola sinottica con l'indicazione delle principali azioni che la S.S. Comunicazione, formazione e qualità ha programmato di attuare. Si è ritenuto di redigere apposito riepilogo in quanto numerose sono i requisiti/evidenze a carico della suddetta struttura;
- allegato 2: è una tavola sinottica che riporta i principali requisiti, per i quali non è richiesto un coinvolgimento diretto della S.S. Comunicazione, formazione e qualità. Per ogni requisito è indicata la struttura responsabile e la tempistica per la realizzazione delle azioni future.



**A.S.L. TO5**

Azienda Sanitaria Locale  
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

**S.S. Comunicazione, Formazione e Qualità**  
Piazza Silvio Pellico, 1- 10023 Chieri, tel. 01194293422  
Via Mirafiori, 11 – 10024 Moncalieri, tel. 0116059874  
Via Ospedale 13 – 10022 Carmagnola, tel. 0119719306  
[protocollo@cert.aslto5.piemonte.it](mailto:protocollo@cert.aslto5.piemonte.it)

Sede Legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (To) – tel. 011 94291 – C.F. e P.I. 06827170017

Data (\*)

Protocollo n. (\*)

(\*) Segnatura di protocollo riportata nei metadati del protocollo informatico in uso

Classificazione: 1.01.14

All'Organismo Tecnicamente accreditante c/o  
Arpa Piemonte  
pec: [direzione@pec.arpa.piemonte.it](mailto:direzione@pec.arpa.piemonte.it)

e p.c. alla Regione Piemonte  
Direzione Sanità e Welfare – Settore Regole  
del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori  
pec: [sanita@cert.regione.piemonte.it](mailto:sanita@cert.regione.piemonte.it)

Oggetto: Trasmissione del piano di miglioramento a seguito di verifica per l'accreditamento istituzionale

Facendo seguito alla ricezione del Rapporto di verifica, nostro prot. n. 14986 del 28/3/2022, in allegato alla presente si trasmette il "Piano di miglioramento in rispondenza dei requisiti del manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte" dell'ASL TO5, nel quale sono individuate le azioni che l'azienda intende attuare, le tempistiche e le responsabilità.

Restando a disposizione per ogni eventuale chiarimento, si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

Il Responsabile dell'accreditamento  
dott. Gerardantonio Coppola  
(firmato digitalmente ai sensi di legge)

Il Direttore Generale  
dott. Angelo Michele Pescarmona  
(firmato digitalmente ai sensi di legge)

GC/ma

Allegati:

- Accreditamento istituzionale – "Piano di miglioramento in rispondenza dei requisiti del Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte";
- Allegato 1: Principali attività a carico della S.C. Affari generali e personale e della S.S. Comunicazione, formazione e qualità;
- Allegato 2: Elenco delle principali attività per la soddisfazione dei requisiti di accreditamento, strutture responsabili e tempistiche.