

Codice A1414D

D.D. 21 giugno 2022, n. 1102

Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo - ASL TO3 sita in via Martiri XXX Aprile n. 30 a Collegno (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 1102/A1414D/2022

DEL 21/06/2022

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari

OGGETTO: Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo - ASL TO3 sita in via Martiri XXX Aprile n. 30 a Collegno (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 "*Disciplina sulla revisione della normativa dell'accreditamento*" saranno definiti, entro dicembre 2013, dal 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. 27301 del 21 marzo 2022 (protocollo regionale n. 10930/A11414D del 21.03.2022) il Direttore Generale Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo - ASL TO3 sita in via Martiri XXX Aprile n. 30 a Collegno (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. 23066 del 16 giugno 2022 (protocollo regionale n. 23066/A1414D del 16.06.2022) il Dirigente Responsabile dell’Organismo Tecnicamente Accreditante costituito presso l’ARPA Piemonte ha trasmesso la relazione finale di verifica accreditamento dell’Azienda Sanitaria Locale TO3 sita in via Martiri XXX Aprile n. 30 a Collegno (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 dell'Azienda 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 Collegno e Pinerolo - ASL TO3 sita in via Martiri XXX Aprile n. 30 a Collegno (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 verificano 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

DIREZIONE GENERALE

Amministrazione/AOO: asa_to3
Protocollo n. (vedi timbro digitale o file .xml)
Classificazione _____
Fascicolo _____

Al Dirigente Responsabile
Organismo Tecnicamente Accreditante c/o Arpa
Dr.ssa Cristina ZONATO
sanita@cert.regione.piemonte.it
direzione@pec.arpa.piemonte.it

Oggetto: Accreditoamento istituzionale – Piano di Adeguamento ASLTO3

In risposta alla VS nota prot. n. 0030420 del 04/04/2022, e successiva nota integrativa prot. n. 0037240 del 26/04/2022, si trasmette in allegato il piano in oggetto.

Si allegano inoltre i documenti a evidenza delle azioni già implementate relative alle non conformità minori: criteri 2.2.3 e 5.2.1 e ai requisiti rilevati in parte soddisfatti 2.2.5 – 2.5.1 e 2.5.3 specifici per il Presidio Ospedaliero di Rivoli.

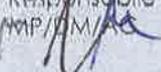
Infine si allega il "Questionario soddisfazione verifica di accreditoamento" debitamente compilato.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Collegno:

Il Direttore Generale
Dr. ssa Franca DALL'OCCHO

N. 9 Allegati
Responsabile del procedimento e/o Referente per la pratica:



 REGIONE
PIEMONTE

www.regione.piemonte.it/sanita

ASL TO3 STAFF DIRETTORE GENERALE - STRUTTURA S.C. FORMAZIONE, QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE DIRETTORE: DOTT. MICHELE PRESUTTI

Indirizzo: Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 COLLEGNO (TO) - Tel. 011 4017198 Fax 011 4017990

Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 PINEROLO (TO) - Tel. 0121 23.5326 Fax 0121 235347

e-mail: ricerca.formazione@aslto3.piemonte.it

ASL TO3 - ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE 29 e 30 MARZO 2022 - PIANO DI ADEGUAMENTO

NON CONFORMITA' MINORI

CRITERIO	Dettaglio della non conformità minore	Azioni e tempistica	Responsabilità
2.2.3	Non è presente un documento in cui siano identificati i ruoli e le responsabilità dei professionisti ad esempio matrice delle responsabilità	Azioni: I documenti presentati, oggetto della non conformità, sono stati revisionati con integrazione della matrice delle responsabilità così come richiesto Tempistica: azione già implementata in allegato i documenti oggetto della revisione (allegati 1-2-3-4)	già implementata
5.1.3	necessario formalizzare il piano di comunicazione interno	Azioni: Approvazione del piano di comunicazione con atto deliberativo Tempistica: approvazione entro fine maggio 2022	Ufficio Comunicazione
5.2.1	Non è prevista una valutazione periodica del clima aziendale per il benessere organizzativo	Azioni: Valutazione in carico al CUG (allegato 5 relazione a cura del CUG) Tempistica: attività già in corso e implementata	già implementata
5.4.1 e 5.4.4	Le procedure del consenso devono essere aggiornate ai sensi della legge 219/17	Azioni: La procedura generale aziendale PG ASL 002 sul consenso informato è in corso di revisione alla luce della non conformità attribuita. Procedura al vaglio dell'Ufficio Legale Tempistica: emissione del documento revisionato entro il	Ufficio Legale con supporto metodologico S.C. Formazione, Qualità e Gestione del Rischio clinico

RACCOMANDAZIONI

CRITERIO	Dettaglio della raccomandazione	Azioni e tempistica	Responsabilità
1.2.4	Prevedere un documento che descriva in modo sistematico gli aggiornamenti delle procedure e dei PDTA. Inoltre è da prevedere l'aggiornamento dei PDTA all'eventuale ampliamento alla telemedicina	Azioni: E' in corso di implementazione la revisione della documentazione aziendale già in uso secondo la raccomandazione ricevuta. Tempistica: entro 31/03/2023	S.C. Formazione, qualità e gestione del rischio clinico
2.2.1			
1.4.3	Dettagliare maggiormente l'informazione al paziente sulle classi di priorità lista di attesa	Azioni: Predisposizione report liste di attesa secondo raccomandazione. Tempistica: Entro fine maggio pubblicazione dei tempi di attesa con nuovo format nell'area trasparenza - liste d'attesa del sito aziendale	Pianificazione strategica
1.5.1	Prevedere una congrua tempistica di approvazione del PSDTA su BPCO	Azioni: emissione PSDTA BPCO Tempistica: entro 31/12/2022	Gruppo di lavoro aziendale con il supporto metodologico della S.C. Formazione, Qualità e Gestione del rischio clinico.
2.2.4	elaborare una procedura sulla ricognizione e riconciliazione farmacologica in collaborazione con i servizi territoriali	Azioni: Proseguimento delle attività a cura del gruppo di lavoro che è stato integrato con la rappresentanza dell'area territoriale. Tempistica: emissione procedura entro il 31/12/2022	Gruppo di lavoro aziendale con il supporto metodologico della S.C. Formazione, Qualità e Gestione del rischio clinico.
2.2.6	Aggiornare procedure CVC	Azione: in corso revisione procedura Tempistica: emissione entro 31/12/2022	S.S. ICA
5.2.1	Il POLA risulta in bozza , è necessario prevedere una congrua tempistica di approvazione	Azioni: In applicazione del nuovo PNNR, che ha procrastinato la scadenza del P.I.A.O , che ricomprende al suo interno anche il POLA, la S.C. Personale sta operando per la predisposizione dei succitati piani Tempistica: entro 30/06/2022	S.C. Personale e Gestione Risorse Umane
5.2.3	La relazione annuale CUG risulta essere in bozza è necessario prevedere una congrua tempistica di approvazione	Azioni: Relazione già trasmessa alla Direzione Direzione Generale in data 15/03/2022 con nota prot. 258188. (allegato 5) Tempistica: Azione già implementata	già implementata
5.3.3	Aggiornare tutte le procedure citate nell'autovalutazione, in particolare qualora sia prevista l'utilizzo della telemedicina	Azione: revisione delle procedure citate nell'autovalutazione Tempistica: entro 31/12/2022	Coordinamento Area Territoriale
6.1.5	Prevedere l'azione di miglioramento in riferimento alle procedure a valenza trasversale come, ad esempio la terapia del dolore	Azione: revisione della Procedura di ricognizione e Riconciliazione con inclusione dell'area territoriale Tempistica: entro 31/12/2022	Gruppo di lavoro aziendale con il supporto metodologico della S.C. Formazione, Qualità e Gestione del rischio clinico.
6.3.5	Prevedere le modalità di recepimento delle raccomandazioni ministeriali non citate nell'autovalutazione	Azioni: definire, in collaborazione con i responsabili delle aree interessate, gruppi di lavoro aziendali con obiettivo implementazioni delle raccomandazioni ministeriali presenti al 29/04/2022 e non ancora implementate a livello aziendale Tempistica: entro il 31/12/2024	Direzione Sanitaria in collaborazione con S.C. Formazione, Qualità e Gestione del rischio clinico e Gruppi di lavoro individuati

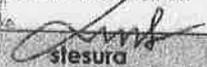
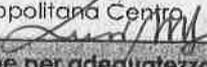
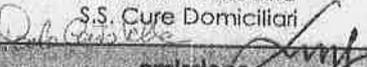
REQUISITI IN PARTE SODDISFATTI per i quali DEVE ESSERE IMPLEMENTATA L'AZIONE DI MIGLIORAMENTO PROPOSTA NELL'AUTOVALUTAZIONE

CRITERIO	Dettaglio dell'azione di miglioramento proposta nell'autovalutazione	Azioni e tempistica	Responsabilità
1.1.3	organizzazione di un sistema strutturato di monitoraggio e riorganizzazione cruscotto gestionale	<p>Azioni: dal 1° maggio ca saranno assunti presso la SC Pianificazione Strategica e Monitoraggio attività due ingegneri gestionali che, di concerto con il Controllo di gestione e con i medici della struttura, avranno l'obiettivo di strutturare una matrice di governance della produzione e di monitoraggio e controllo degli obiettivi aziendali con specifico report di riferimento a cadenza mensile.</p> <p>Tempistica : entro tre mesi con attivazione dello stesso a far data da settembre 2022</p>	Pianificazione strategica
2.1.2	Carta dei Servizi in aggiornamento, nel 2022 si svolgerà anche la Conferenza di partecipazione attraverso al SS proozione della salute che ne gestisce i rapporti	<p>Azioni:</p> <p>1) A cura della S.S. Promozione della salute, coinvolgimento della Conferenza di partecipazione.</p> <p>2) recepimento delle osservazioni e conseguente</p> <p>3) aggiornamento della Carta dei Servizi</p> <p>Tempistica: azione 1) entro giungo 2022 - azione2) entro settembre 2022 - azione 3)entro 31/12/2022</p>	Ufficio Comunicazione in collaborazione con S.S. Promozione della salute
2.2.5	Bozza procedura su documentazione sanitaria prodotta da parte delle Direzioni Mediche e in carico a Qualità per aggiunta di parte territoriale e DIPSA. (Responsabilità di coordinamento attività Rischio Clinico) dove verrà prevista una modalità di controllo (implementata a livello delle singole direzioni Medcihe con specifica Istruzione operativa, della correttezza e completezza della documentazione anche di quella infermieristica	<p>Azioni:</p> <p>1) emissione della procedura aziendale sulla documentazione sanitaria, sua trasmissione e relativa pubblicazione nell'area documentale di Check No Risk.</p> <p>2) predisposizione di IO interna ai Presidi Ospedalieri per la gestione delle cartelle cliniche</p> <p>3) Direzione Medica Pinerolo da aprile 2022 in corso verifica a campione cartelle cliniche utilizzando la scheda di valutazione sperimentata durato il corso "L'appropriatezza della compilazione della cartella sanitaria" tenutosi a Marzo 2022 con conseguente produzione di report semestrale rispetto alle non conformità (errori/carenze) evidenziati che verrà condiviso in corso di specifica riunione con refereneti dei reparti di degenza .</p> <p>Tempistica:</p> <p>azione 1 entro 31/12/2022</p> <p>azione 2 : già implementata c/o Presidio Rivoli (allegati 6 e 7) Presidio Ospedaliero di Pinerolo entro il 31/12/2022</p> <p>azione 3 Direzione Medica Pinerolo entro ottobre 2022</p>	<p>Azione 1: Gruppo di lavoro con supporto metodologico S.C. Formazione Qualità e Gestione del rischio clinico</p> <p>Azione 2: Direzione Medica di Pinerolo</p> <p>Azione 3: Direzione Medica Pinerolo</p>
2.5.1			
2.5.5			
4.1.5	Revisione Regolamento Aziendale in corso	<p>Azione: revisione regolamento aziendale</p> <p>Tempistica: entro 31/12/2022</p>	S.C. Formazione , Qualità e Gestione del rischio clinico
5.3.5	Realizzare e implementare la nuova informativa nella sezione dedicata sul sito aziendale	<p>Azioni: in corso realizzazione e implementazione della nuova informativa con pubblicazione nella sezione dedicata sul sito aziendale</p> <p>Tempistica: entro 31/12/2022</p>	S.S. ICA
8.1.4	in corso di revisione l'istruzione operativa interna ai presidi ospedalieri per la richiesta di documentazione sanitaria	<p>Azioni Predisposizione di IO interna ai presidi Ospedalieri e relativa diffusione</p> <p>Tempistica: Presidio Ospedaliero di Rivoli già implementata (allegato7) Presidio Ospedaliero di Pinerolo entro il 31/12/2022</p>	Direzione Medica di Pinerolo

 A.S.L. T03 Azienda Sanitaria Locale di Cagliari e Provincia	IO CD 003 SEGNALAZIONE CURE DOMICILIARI E PALLIATIVE S.S. Cure Domiciliari	Revisione n. 4 Data di emissione: 15/04/2022 Approvato ed emesso in originale
--	---	---

CONTENUTO DELL'ISTRUZIONE

1.TITOLO	2
2.MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI.....	2
3.AMBITO DI APPLICAZIONE	2
4.DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	2
4.1 Introduzione.....	2
4.2 Segnalazione da MMG/PLS.....	2
4.2.1.ADP.....	2
4.2.2. SID.....	3
4.2.3. ADI.....	3
4.2.4. SRD RRF.....	3
4.2.5. ADI CURE PALLIATIVE.....	3
4.3 Segnalazione da ospedale, struttura residenziale extraospedaliera o altri.....	4
5. RESPONSABILITA'.....	5
6. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALL'ISTRUZIONE.....	6

S.S. Cure Domiciliari  Slesura	<input checked="" type="checkbox"/> Direttore S.C. Distretto Area Metropolitana Centro  approvazione per adeguatezza	Il Referente Qualità S.S. Cure Domiciliari  emissione
---	--	---

	IO CD 003 SEGNALAZIONE CURE DOMICILIARI E PALLIATIVE S.S. Cure Domiciliari	Revisione n. 4 Data di emissione: 15/04/2022 Approvato ed emesso in originale
---	---	---

1. TITOLO
Segnalazione Cure Domiciliari e Palliative

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

Revisione 4. La revisione è dovuta all'introduzione della matrice delle responsabilità ed alla variazione dell'assistenza domiciliare riabilitativa da "ADI FKT" a "SRD" (Servizio Riabilitativo Domiciliare).

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

Segnalazione da parte dei MMG/PLS e dei Medici Ospedalieri per l'ingresso in Cure Domiciliari e Palliative, erogate dai Servizi di Cure Domiciliari distrettuali, afferenti funzionalmente alle SS.SS. Cure Domiciliari e Cure Palliative.

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

4.1 Introduzione

La segnalazione del paziente in Cure Domiciliari può essere a cura del Medico di Medicina Generale (MMG); Pediatra di Libera Scelta (PLS); dell'Ospedale; di Strutture Residenziali extraospedaliere; dell'Utente/Famiglia; dei Servizi Sociali.

4.2 Segnalazione da MMG/PLS

Il MMG/PLS, collegandosi al Portale Salute Piemonte, compila su apposito modulo ECW MED la scheda di segnalazione.

Tale scheda costituisce parte integrante della cartella Cure Domiciliari sostituendo la prima valutazione di cui alle pagine 3, 4, 5, 6 e 7 (salvo integrazioni riscontrate al domicilio dell'assistito al momento della presa in carico).

4.2.1 ADP

Il MMG/PLS compila sul Portale Salute la scheda di segnalazione ADP.

Il Medico di Distretto prende visione sul Portale Salute della scheda inviata e, se correttamente compilata, autorizza sul Portale stesso. La data di autorizzazione è quella del giorno di segnalazione in caso di prima segnalazione; in caso di rinnovo il Medico di Distretto verifica la data dalla quale autorizzare, avvalendosi eventualmente anche del programma FARSIAD RP.

In caso di incompletezza nella segnalazione o di rilevazione di incongruità, il Medico di Distretto rifiuta la segnalazione sul Portale indicando le motivazioni nel campo "note".

All'atto dell'autorizzazione il personale amministrativo dedicato all'apertura della cartella sul programma FARSIAD RP.

	IO CD 003 SEGNALAZIONE CURE DOMICILIARI E PALLIATIVE S.S. Cure Domiciliari	Revisione n. 4 Data di emissione: 15/04/2022 Approvato ed emesso in originale
---	---	---

4.2.2. SID

Il MMG/PLS compila sul Portale Salute la scheda di segnalazione SID.

Il Coordinatore del Servizio di Cure Domiciliari di competenza, o suo delegato, verifica la completezza della segnalazione e procede alla valutazione infermieristica del caso.

In caso di incompletezza nella segnalazione, il Coordinatore o suo delegato rifiuta la segnalazione sul Portale indicando le motivazioni nel campo "note".

All'atto dell'attivazione del SID, il Coordinatore o suo delegato procede all'autorizzazione della scheda sul Portale Salute (a partire dalla data di presa in carico) ed all'apertura della cartella sul programma FARSIAD RP.

All'atto della chiusura dell'assistenza il Coordinatore o suo delegato procede alla chiusura della cartella FARSIAD RP ed alla chiusura della scheda sul Portale Salute.

4.2.3 ADI

Il MMG/PLS compila sul Portale Salute la scheda di segnalazione ADI.

Il Coordinatore del Servizio di Cure Domiciliari di competenza, o suo delegato, verifica la completezza della segnalazione, procede alla valutazione infermieristica del caso e programma la riunione di presa in carico con il medico curante ed il medico di Distretto (ove possibile).

All'atto dell'attivazione dell'ADI il Coordinatore, o suo delegato, procede all'apertura della cartella sul programma FARSIAD RP e comunica al medico di Distretto la data di apertura, affinché lo stesso proceda con l'autorizzazione sul Portale Salute a partire da tale data.

In caso di incompletezza nella segnalazione, il Coordinatore o suo delegato invita il Medico di Distretto a rifiutare la segnalazione sul Portale indicando le motivazioni nel campo "note".

All'atto della chiusura dell'assistenza il Coordinatore o suo delegato procede alla chiusura della cartella FARSIAD RP ed alla chiusura della scheda sul Portale Salute, qualora il MMG non abbia già provveduto in tal senso.

4.2.4 SRD RRF

Lo specialista Fisiatra, a seguito di valutazione, propone l'attivazione SRD alle Cure Domiciliari della sede di competenza, allegando il PPRI convalidato. Il Medico di Distretto delegato dal Direttore di Distretto verifica la congruità ed autorizza la spesa per l'intervento riabilitativo domiciliare.

Il Coordinatore del Servizio di Cure Domiciliari di competenza, o suo delegato, segnala al Fisioterapista la presa in carico.

All'atto dell'attivazione dell'intervento il Coordinatore, o suo delegato, procede all'apertura della cartella sul programma FARSIAD RP.

All'atto della chiusura dell'assistenza il Coordinatore o suo delegato procede alla chiusura della cartella FARSIAD RP.

4.2.5 ADI CURE PALLIATIVE

Il MMG/PLS compila sul Portale Salute la scheda di segnalazione ADI CP.

Il Coordinatore infermieristico, o l'infermiere delle CD referente per le CP, valuta la sussistenza dei criteri e del bisogno di Cure Palliative con il Medico di Distretto

	IO CD 003 SEGNALAZIONE CURE DOMICILIARI E PALLIATIVE S.S. Cure Domiciliari	Revisione n. 4 Data di emissione: 15/04/2022 Approvato ed emesso in originale
---	---	---

referente delle Cure Domiciliari e compila il modulo M CP 002 "Attivazione delle Cure Palliative domiciliari" secondo il percorso contenuto nella PS CP 001 "Accesso e cura del paziente in fase avanzata di malattia". Organizza quindi la riunione di presa in carico al domicilio dell'utente alla presenza del medico curante, dell'équipe di Cure Palliative e del Medico di Distretto (ove possibile).

All'atto dell'attivazione dell'ADI CP il Coordinatore, o suo delegato, procede all'apertura della cartella sul programma FARSIAD RP specificando nel campo "diario" se si tratta di Cure Palliative di base o specialistiche e comunica al medico di Distretto la data di apertura, affinché lo stesso proceda con l'autorizzazione sul Portale Salute a partire da tale data.

In caso di incompletezza o incongruenza nella segnalazione, il Coordinatore o suo delegato invita il Medico di Distretto a rifiutare la segnalazione sul Portale indicando le motivazioni nel campo "note".

All'atto della chiusura dell'assistenza il Coordinatore o suo delegato procede alla chiusura della cartella FARSIAD RP ed alla chiusura della scheda sul Portale Salute qualora il MMG non abbia già provveduto in tal senso.

4.3 Segnalazione da Ospedale, struttura residenziale extraospedaliera o altri.

Qualora il segnalante sia il reparto ospedaliero, la struttura residenziale extraospedaliera, il Servizio Sociale o i familiari dell'utente (mediante utilizzo del modello cartaceo M CD 005 o altra modulistica in uso all'Ospedale o alla struttura), il Servizio di Cure Domiciliari territorialmente competente provvede ad informare il medico curante, il quale, se ritiene congrua l'attivazione di una delle tipologie di cura previste, provvede a compilare l'apposita scheda di proposta di attivazione sul Modulo ECW MED del Portale Salute Piemonte. La procedura successiva segue quanto riportato ai punti 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5.

5. RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	NOCC/ MEDICO OSPEDALIERO / MEDICO SPECIALISTA	MMG /PLS	AMM.VO	MEDICO DI DISTRETTO	CPSE	CPSI
Segnalazione Dimissione Protetta attraverso modulo MCD 005	R	C		I	I	I
Segnalazione ADP su ECW MED		R	I	I		
Valutazione e Autorizzazione ADP su ECW MED		I	I	R		
Apertura cartella ADP su FARSIAD RP			R	I		
Chiusura cartella ADP su FARSIAD RP			R	I		
Segnalazione SID su ECW MED		R	I	I	I	I
Valutazione e Autorizzazione SID su ECW MED		I	I	I	R	C
Apertura cartella SID su FARSIAD RP			I	I	R	C
Chiusura cartella SID su ECW MED				I	R	C
Segnalazione SRD attraverso PRI	R			I	I	I
Autorizzazione PRI				R	I	I
Apertura cartella SRD su FARSIAD RP				I	R	C
Chiusura cartella SRD su FARSIAD RP				I	R	C
Segnalazione ADI/ADI CP su ECW MED		R	I	I	I	I
Valutazione e Autorizzazione ADI/ADI CP su ECW MED		I	I	R	C	C
Apertura cartella ADI/ADI CP su FARSIAD RP			I	I	R	C
Chiusura cartella ADI/ADI CP su FARSIAD RP			I	I	R	C

Legenda: R-Responsabile I-Informato C-Collabora

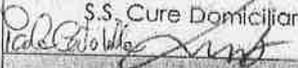
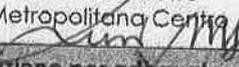
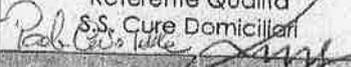
6. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALL'ISTRUZIONE

- Norma UNI EN ISO 9001: 2008
- Manuale del Sistema Integrato per la Gestione della Qualità e del Rischio Clinico
- PS CP 001 "Accesso e cura in Cure Palliative del paziente in fase avanzata di malattia"
- M CP 002 "Attivazione delle Cure Palliative domiciliari"
- M CD 005 "Segnalazione Cure Domiciliari e Palliative"

	<p style="text-align: center;">IO CD 005</p> <p style="text-align: center;">SOMMINISTRAZIONE DI ANTIBIOTICI PER VIA INTRAVENOSA A DOMICILIO</p>	<p>Revisione n. 3 Data di emissione: 20.04.2022 Approvato ed emesso in originale</p>
---	--	--

CONTENUTO DELL'ISTRUZIONE

1. TITOLO	2
2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI.....	2
3. AMBITO DI APPLICAZIONE	2
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	2
5. RESPONSABILITÀ	3
6. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALL'ISTRUZIONE	3

<p>S.S. Cure Domiciliari</p>  <p>stesura</p>	<p>☒ Direttore S.C. Distretto Area Metropolitana Centro</p>  <p>approvazione per adeguatezza</p>	<p>Referente Qualità S.S. Cure Domiciliari</p>  <p>emissione</p>
--	--	--

L'originale firmato in versione cartacea e la versione elettronica del documento sono conservati presso gli archivi del Rappresentante della Direzione. Non è consentito riprodurre senza autorizzazione questo documento: i suoi contenuti sono proprietà di A.S.L. TO 3.

1. TITOLO

Somministrazione di antibiotici per via intravenosa a domicilio

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

Revisione 3. La revisione è dovuta all'inserimento della matrice delle responsabilità.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai Servizi di Cure Domiciliari distrettuali, afferenti funzionalmente alla S.S. Cure Domiciliari, qualora si verifichi la necessità di somministrare antibiotici per via intravenosa ad adulti e/o minori assistiti a domicilio.

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Per ottemperare alla somministrazione del farmaco è necessario disporre di una prescrizione completa (PS CD 001 Punto 7.2 e successivi) ricordando che la prescrizione di un antibiotico deve recare indicazioni di:

- generalità del paziente;
- principio attivo ed eventuale nome commerciale del farmaco,
- dose,
- forma farmaceutica,
- posologia,
- via di somministrazione,
- durata del trattamento (inizio e termine);
- data e orario;
- firma chiara e leggibile del prescrittore;
- anamnesi allergologica (con l'eventuale utilizzo della scheda allegata);
- eventuale precedente somministrazione del farmaco ed avvenuta somministrazione di almeno 2 dosi.

In considerazione del rischio di reazioni avverse correlato alla somministrazione di antibiotici ed alla velocità di manifestazione delle reazioni, **è richiesto che le prime due somministrazioni avvengano in presenza del medico (MMG, Medico di Continuità Assistenziale).**

Qualora il farmaco sia già stato somministrato (in regime di DEA, ricovero o altro) è **necessario ricevere la relativa documentazione ed accertarsi del numero di somministrazioni precedentemente effettuate.**

L'infermiere procede alla somministrazione del farmaco e, **con il medico**, sorveglia il paziente **per almeno 15' minuti dall'avvio dell'infusione, per le prime due somministrazioni**, se non effettuate precedentemente.

In regime di continuità assistenziale è necessario accertarsi che siano già state praticate le prime due somministrazioni e **richiedere, al momento della segnalazione, l'annotazione delle stesse sulla documentazione inerente la dimissione.**

Per la somministrazione di antibiotici per via endovenosa in cure domiciliari il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta compila il modulo M CD 021 (Somministrazione di antibiotici esclusi antibiotici OSP per via endovenosa in cure domiciliari) e la scheda per anamnesi allergologica allegata.

In occasione dell'accesso a domicilio per la somministrazione di farmaci antibiotici, l'infermiere delle Cure Domiciliari o Cure Palliative porterà il "Materiale di primo intervento per reazioni avverse agli antibiotici", che sarà gestito con il Medico di Medicina Generale.

5. RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	MEDICO OSPEDALIERO / MEDICO SPECIALISTA	FARMACIA	MMG/PLS	CPSE	CPSI
Prescrizione farmaco	R	I	I	I	I
Compilazione M CD 021 ed anamnesi allergologica		I	R	I	I
Richiesta farmaco su NFS		I		C	R
Consegna farmaco al Servizio di Cure Domiciliari		R		I	I
Consegna farmaco a domicilio con materiale di primo intervento			I	I	R
Somministrazione prime due dosi			C	I	R
Somministrazione dosi successive alla seconda			I	I	R
Gestione reazioni avverse prime due dosi			R	I	C
Gestione reazioni avverse dosi successive alla seconda			I	I	R

Legenda: R-Responsabile I-Informato C-Collabora

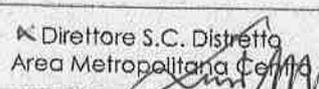
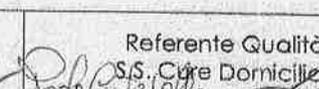
6. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALL'ISTRUZIONE

- Norma UNI EN ISO 9001: 2008.
- Manuale del Sistema Integrato per la Gestione della Qualità e del Rischio Clinico
- PS CD 001: Somministrazione di farmaci per via iniettiva in cure domiciliari
- IO CD 004: Fornitura e somministrazione di farmaci OSP a domicilio
- IO CD 006: Somministrazione di antibiotici per via intramuscolare a domicilio ed in ambulatorio
- M CD 021: Scheda per anamnesi allergologica

	IO CD 006 SOMMINISTRAZIONE DI ANTIBIOTICI PER VIA INTRAMUSCOLARE A DOMICILIO E IN AMBULATORIO	Revisione n.3 Data di emissione: 20.04.2022 Approvato ed emesso in originale
---	---	--

CONTENUTO DELL'ISTRUZIONE

1. TITOLO.....	2
2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI.....	2
3. AMBITO DI APPLICAZIONE.....	2
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	2
5. RESPONSABILITÀ.....	3
6. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALL'ISTRUZIONE.....	3

S.S. Cure Domiciliari  stesura	◀ Direttore S.C. Distretto Area Metropolitana Cerna  approvazione per adeguatezza	Referente Qualità S.S. Cure Domiciliari  emissione
--	--	--

L'originale firmato in versione cartacea e la versione elettronica del documento sono conservati presso gli archivi del Rappresentante della Direzione. Non è consentito riprodurre senza autorizzazione questo documento: i suoi contenuti sono proprietà di A.S.L. TO 3.

1. TITOLO

Somministrazione di antibiotici per via intramuscolare a domicilio e in ambulatorio (gestiti dai Servizi di Cure Domiciliari distrettuali, afferenti funzionalmente alla S.S. Cure Domiciliari).

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

Revisione 3. La revisione è dovuta all'inserimento della matrice delle responsabilità.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai Servizi di Cure Domiciliari distrettuali, afferenti funzionalmente alla S.S. Cure Domiciliari, qualora si verifichi la necessità di somministrare antibiotici per via intramuscolare ad adulti e minori assistiti a domicilio e/o in ambulatorio.

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Per ottemperare alla somministrazione del farmaco è necessario disporre di una prescrizione completa (PS CD 001 Punto 7.2 e successivi) ricordando che la prescrizione di un antibiotico deve recare indicazioni di:

- generalità del paziente,
- principio attivo ed eventuale nome commerciale del farmaco,
- dose,
- forma farmaceutica,
- posologia,
- via di somministrazione,
- durata del trattamento (inizio e termine),
- data e orario,
- firma chiara e leggibile del proscrittore,
- anamnesi allergologica.

In considerazione del rischio di reazioni avverse correlato alla somministrazione di antibiotici, **è richiesto al MMG/PLS di annotare sulla prescrizione l'anamnesi allergologica della persona assistita o l'eventuale precedente assunzione del farmaco.** L'antibiotico può essere somministrato dall'infermiere senza la presenza del MMG/PLS solo in caso di anamnesi allergologica negativa.

Se l'antibiotico non è stato precedentemente somministrato, l'infermiere sorveglia il paziente per almeno 15' dopo le prime due somministrazioni.

	IO CD 006 SOMMINISTRAZIONE DI ANTIBIOTICI PER VIA INTRAMUSCOLARE A DOMICILIO E IN AMBULATORIO	Revisione n. 3 Data di emissione: 20.04.2022 Approvato ed emesso in originale
---	---	---

5. RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	MMG/PLS	CPSE	CPSI
Prescrizione e richiesta somministrazione farmaco	R	I	I
Anamnesi allergologica	R	I	I
Somministrazione	I	I	R
Sorveglianza e gestione reazioni avverse	I	I	R

Legenda: R-Responsabile I-Informato C-Collabora

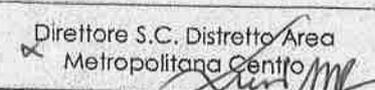
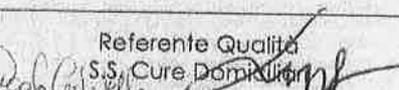
6. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALL'ISTRUZIONE

- Norma UNI EN ISO 9001: 2008.
- Manuale del Sistema Integrato per la Gestione della Qualità e del Rischio Clinico
- PS CD 001: Somministrazione di farmaci per via iniettiva in Cure Domiciliari
- IO CD 004: Fornitura e somministrazione di farmaci OSP a domicilio
- IO CD 005: Somministrazione di antibiotici per via intravenosa a domicilio

	PS CD 001 SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER VIA INIETTIVA IN CURE DOMICILIARI	Revisione n. 3 Data di emissione: 20/04/2022 Approvato ed emesso in originale
---	--	---

CONTENUTI DELLA PROCEDURA

1. TITOLO E DESCRIZIONE SINTETICA	2
1.2 Descrizione sintetica	2
2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI.....	2
3. OBIETTIVI	2
4. MODALITA' DI VERIFICA	2
5. RESPONSABILITA'	2
6. AMBITO DI APPLICAZIONE	3
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	3
7.1 Presa in carico del paziente	3
7.2 Prescrizione della terapia farmacologica.....	3
7.3 Richiesta dei farmaci.....	4
7.4 Fornitura dei farmaci.....	4
7.5 Somministrazione della terapia farmacologica.....	5
8. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALLA PROCEDURA	6

 S.S. Cure Domiciliari	 Direttore S.C. Distretto Area Metropolitana Centro	 Referente Qualità S.S. Cure Domiciliari
stesura	approvazione per adeguatezza	emissione

L'originale firmato in versione cartacea e la versione elettronica del documento sono conservati presso gli archivi del Rappresentante della Direzione. * Non è consentito riprodurre senza autorizzazione questo documento: i suoi contenuti sono proprietà di A.S.L. TO3.

1. TITOLO E DESCRIZIONE SINTETICA

Somministrazione di farmaci per via iniettiva in Cure Domiciliari

1.2 Descrizione sintetica

Percorso inerente alla procedura per la somministrazione dei farmaci per via iniettiva per gli assistiti in carico ai Servizi di Cure Domiciliari afferenti ai Distretti dell'ASL TO3 e facenti capo funzionalmente alla S.S. Cure Domiciliari.

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

Revisione 3. La revisione è dovuta all'inserimento della matrice delle responsabilità.

3. OBIETTIVI

La procedura in oggetto descrive il percorso di gestione clinica dei medicinali specifici, effettuata nelle articolazioni organizzative territoriali identificate.

Si conviene che tale percorso si estende dal momento in cui il farmaco è prescritto al momento in cui è somministrato.

In particolare, lo scopo della presente procedura è quello di fornire indicazioni per la corretta:

- Prescrizione della terapia farmacologica
- Richiesta dei farmaci
- Fornitura dei farmaci
- Somministrazione della terapia farmacologica

4. MODALITA' DI VERIFICA

Le verifiche attinenti alla procedura si riferiscono: al rispetto dei percorsi identificati e condivisi fra il personale; alle modalità e correttezza d'utilizzo dei documenti correlati emessi; all'eventuale errato utilizzo di documenti precedenti; ai risultati ottenuti in seguito all'applicazione della procedura; all'utilizzo del PDTA quale strumento di valutazione e miglioramento dei percorsi.

5. RESPONSABILITA'

Le responsabilità sono da attribuirsi:

ai Direttori di Distretto in quanto responsabili del processo d'erogazione dei servizi rivolti agli assistiti cui la procedura si riferisce;

al Responsabile Medico e Referente Infermieristico della S.S. Cure Domiciliari, per la condivisione, la diffusione, l'adesione, la vigilanza sulla stessa e l'utilizzo della modulistica ad essa correlata;

ai Medici, ai Coordinatori ed agli Infermieri dei Distretti, afferenti funzionalmente alla S.S. Cure Domiciliari ed ai Medici di Medicina Generale, per la condivisione e l'applicazione della procedura nello svolgimento delle attività.

Di seguito la matrice delle responsabilità.

ATTIVITA'	FARMACIA	MMG/PLS	CPSE	CPSI
Prescrizione farmaco sulla scheda terapia della Cartella Cure Domiciliari	I	R	I	I
Richiesta farmaco su NFS	I		C	R
Consegna farmaco al Servizio di Cure Domiciliari	R		I	I
Verifica validità ed integrità del farmaco			C	R
Consegna farmaco a domicilio		I	I	R
Somministrazione farmaco		I	I	R
Registrazione in cartella della avvenuta somministrazione		I	I	R

Legenda: R-Responsabile I-Informato C-Collabora

6. AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai Servizi di Cure Domiciliari per la somministrazione di farmaci per via iniettiva ad adulti e minori seguiti a domicilio.

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

7.1 Presa in carico del paziente

Il paziente che presenta un'indicazione clinica alla somministrazione di un farmaco per via iniettiva a domicilio deve essere, in ragione della complessità clinica e assistenziale, assistito in una delle tipologie previste di Cure Domiciliari.

Consenso informato

Il paziente assistito in regime di Cure Domiciliari deve esprimere per iscritto il consenso alle cure.

7.2 Prescrizione della terapia farmacologica

È l'atto con cui il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta (MMG/PLS) stabilisce quale farmaco debba essere somministrato all'assistito, indicando informazioni essenziali, quali: principio attivo ed eventuale nome commerciale, dose, forma farmaceutica, posologia, via e modalità di somministrazione con indicazione della durata della terapia, firma del prescrittore ed eventuali note.

7.2.1 La prescrizione della terapia farmacologica va effettuata in **forma scritta**.

Per scongiurare rischi per il paziente, il professionista a cui compete il seguito operativo (approvvigionamento, preparazione e somministrazione), deve fare riferimento necessariamente ad un'unica fonte informativa, da identificarsi con la scheda di terapia farmacologica contenuta nella cartella clinico-assistenziale domiciliare o in subordine con la ricetta dematerializzata, emessa dal Medico Curante.

7.2.2 La prescrizione deve soddisfare i seguenti requisiti:

- a. **Chiarezza grafica:** ci si riferisce all'impiego di scrittura agevolmente ed inequivocabilmente interpretabile.
- b. **Chiarezza di contenuto:** i principi attivi o gli eventuali nomi commerciali del farmaco non devono mai essere abbreviati; non devono essere utilizzati acronimi che possano ingenerare confusione.
- c. **Completezza:** la prescrizione deve recare indicazioni di:
 - le generalità del paziente;
 - il principio attivo e l'eventuale nome commerciale del farmaco,
 - la dose,
 - la forma farmaceutica,
 - la posologia,
 - la via di somministrazione,
 - la durata del trattamento (inizio e termine),
 - la data e gli orari se necessari,
 - informazioni precise circa l'anamnesi allergologica della persona,
 - la firma chiara e leggibile del prescrittore.
- d. **Tracciabilità:** utilizzo di penna a inchiostro indelebile, con divieto di ricorso a metodi di cancellazione che annullino la scritta. La correzione di eventuali errori deve essere effettuata apponendo una barra sulla scritta oggetto di rettifica, con data, orario e firma di chi la effettua.

7.3 Richiesta dei farmaci

I prodotti farmaceutici possono essere acquisiti a livello aziendale o presso le farmacie territoriali, secondo la tipologia assistenziale attivata o la tipologia di farmaco prescritto.

7.4 Fornitura dei farmaci

La fornitura del farmaco è effettuata secondo quanto stabilito dal protocollo d'intesa n. 144621 del 15.12.2010 a firma del Direttore della S.C. Settore Farmaceutico e dell'allora Direttore della S.C. STCC.

7.5 Somministrazione della terapia farmacologica

La somministrazione dei farmaci avviene a cura del personale infermieristico dei Distretti afferente funzionalmente alla S.S. Cure Domiciliari; la somministrazione può essere effettuata dal care giver individuato e addestrato dall'infermiere; tale addestramento è documentato nella cartella.

La somministrazione del farmaco è pianificata considerando che:

- La prescrizione deve avere tutte le caratteristiche identificate al punto 7.2.2.
- In caso di dubbi (se incompleta, non chiara o di dubbia congruità) è necessario contattare il prescrittore per i chiarimenti del caso e richiedere l'eventuale nuova prescrizione se necessario.
- La somministrazione di farmaci OSP segue una procedura specifica.
- La somministrazione di antibiotici per via intravenosa o intramuscolare deve seguire istruzioni specifiche (Vd. Documenti correlati alla procedura).
- La trasfusione di sangue, di emocomponenti e di emoderivati, è regolamentata da normative specifiche (DPR 1256/1971, Circolare Ministero Sanità 1993, DMS/2001, Legge 219/2005, Decreto Ministero della Salute 2 novembre 2015) risulta pertanto utile evidenziare che:
 - la trasfusione, e per analogia la somministrazione di emoderivati, è un atto medico e in particolare ad egli compete il costante controllo del paziente;
 - la sorveglianza dell'utente durante la trasfusione non può essere delegata all'infermiere.

7.5.1 Deve essere verificata la corrispondenza tra il farmaco prescritto e quello effettivamente pervenuto o acquisito dall'assistito per la somministrazione. In caso di mancata corrispondenza (ad es: per indisponibilità del farmaco richiesto) e di sostituzione dello stesso con prodotto d'apparente analoga composizione, il farmaco non deve in ogni caso essere somministrato se non dopo verifica e consultazione del Medico Curante.

7.5.2 Prima della somministrazione deve essere verificata la validità ed integrità del farmaco.

7.5.3 Tutti quelli che somministrano il farmaco devono avere un adeguato accesso alle informazioni dell'assistito, attraverso la cartella integrata e la documentazione sanitaria. L'infermiere che addestra il care giver deve seguire le procedure approvate dal servizio per tale attività.

7.5.4 L'operatore che effettua la prestazione deve registrare e documentare la prestazione effettuata sui documenti in uso, apponendovi la propria firma/signa identificabile. In caso di variazioni, incluso il rifiuto della terapia da parte dell'assistito, occorre registrare l'accaduto sulla documentazione sanitaria, informandone il Medico Curante.

7.5.5 Qualunque segno o sintomo, anche lieve, di reazione avversa al farmaco somministrato deve essere registrato nella cartella clinico - assistenziale, comunicato quanto prima al curante, e segnalato alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza dell'AIFA.

8. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALLA PROCEDURA

- Norma UNI EN ISO 9001: 2008.
- Manuale del Sistema Integrato per la Gestione della Qualità e del Rischio Clinico.
- IO CD 005: Somministrazione di antibiotici per via intravenosa a domicilio.
- IO CD 006: Somministrazione di antibiotici per via intramuscolare a domicilio ed in ambulatorio.

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ,
LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (C.U.G.)**

Amministrazione/AOO: asa_to3
Protocollo n. (vedi timbro digitale o file .xml)
Classificazione _____
Fascicolo _____

Alla c.a del
Direttore
S.C. Formazione, qualità e gestione del
rischio clinico delle attività sanitarie
Dott. Michele Presutti

E, p.c. Direttore Generale
Dott.ssa Franca Dall'Occo

Al Direttore Sanitario
Dott. Davide Minniti

Oggetto: verifica di accreditamento istituzionale - riscontro.

Con riferimento alla nota prot. n. 37521 del 19 aprile 2022 avente ad “Risoluzione Non conformità attribuite in corso di accreditamento istituzionale”, si precisa che il giorno della verifica, così come comunicato alle SS.VV. con mail del 26 marzo u.s., ero impegnato in Regione Settore Sanità per una riunione sul riparto dei fondi vincolati per i progetti di psicologia regionale e chiedevo di poter essere sostituito dal Coordinatore dei G.d.L del C.U.G. dott.ssa Silvia Pilon.

Di seguito il riscontro ai rilievi attribuitimi in qualità di Presidente del C.U.G.:

Non conformità

Item	Evidenza	Indicatore	Non conformità attribuita
5.2.1	Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale	✓ Sistema di valutazione periodica del clima con periodicità definita. ✓ Previsione di azioni di miglioramento in presenza di criticità (vedi Punto 3.2)	Non è prevista una valutazione periodica del clima aziendale per il benessere organizzativo.

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ,
LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (C.U.G.)**

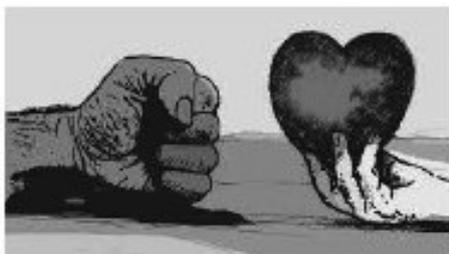
Per gli anni 2020 e 2021, caratterizzati dall'emergenza sanitaria, sono stati effettuati interventi specifici per valutare il clima aziendale per il benessere organizzativo, rivolti a migliorare il clima in strutture dove le problematiche compromettevano seriamente il benessere di tutti i soggetti coinvolti e in particolare nell'ambito del Dipartimento Servizi Diagnostici, nella S.C. Farmacia Ospedaliera e S.C. Farmaceutica Territoriale. I dati non possono essere diffusi a tutto il personale in quanto riservati sia per le complesse vicende personali trattate sia per la riservatezza degli stessi.

Nel 2021 sono stati costituiti Gruppi di Lavoro mirati all'approfondimento di tematiche relative alla promozione del benessere lavorativo in tema di "Violenza di Genere", "Telelavoro" e "NotiTia", quest'ultimo nasce per la necessità di divulgare la conoscenza delle attività svolte dal C.U.G. a favore di tutto il personale che opera nell'azienda attraverso la produzione di materiale informativo allo scopo di fornire istruzioni operative per le richieste di aiuto e/o supporto.

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ,
LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (C.U.G.)**

Gruppo "Violenza di Genere", attivazione di un corso sulla "Violenza di Genere"

ASLTO3 Provider n. 133
S.C. Formazione Qualità e Gestione del Rischio Clinico delle Attività Sanitarie
Direttore Dott. PRESUTTI Michele
Progettista Dott.ssa ROMANAZZI Sofia



**La violenza di
genere: un problema
culturale, sociale e
sanitario**

Durata 7 ore

Crediti 7

Codice 39532

Edizioni

Ed 1 dal 01.02.2022 al 15.03.2022

Ed 2 dal 13.05.2022 al 30.06.2022

Destinatari

**Diretteri Struttura Semplice, Struttura
Complessa, Coordinatori personale del
Comparto che operano all'interno
dell'ASLTO3**

Obiettivo Generale

**3- Documentazione clinica. Percorsi clinico
assistenziali/diagnostici riabilitativi, profili di
assistenza-profilo di cura.**

Obiettivo Regionale

29- Area Salute e Medicina di Genere

Finalità

**Illustrare e diffondere le informazioni riguardo
la violenza di genere, per una corretta presa in
carico e gestione delle vittime**

Docenti e Autori

**Dott.ssa Abelsamo Isabella; Dott.ssa Ragnone
Laura**

**Dott.ssa Cirigliano Mara; Dott.ssa Gallo
Federica**

**Dott.ssa Montovani Barbara; Dott.ssa Priola
Donatella; Dott.ssa Protti Elena**

**Dott. Bonansea Alessandro; Dott.ssa
Dall'Occo Franca**

Programma del corso

Mod.1 Introduzione del corso

**Mod.2 Descrizione del fenomeno
violenza di genere nei suoi aspetti culturali
e sociali**

**Mod.3 Dati epidemiologici
internazionali, nazionali e aziendali**

**Mod.4 Normativa internazionale,
nazionale e regionale per l'organizzazione
dei servizi sanitari sul tema**

**Mod.5 Documenti sulla normativa
internazionale, nazionale e regionale per
l'organizzazione dei servizi sanitari sul
tema**

SEGRETERIA FORMAZIONE

ASL TO3 - S.C. Formazione, Qualità e Gestione del Rischio Clinico delle Attività Sanitarie Stradale Fenestrelle, 72
Pinerolo (TO) - Tel. 0121.235244/5245 - Fax 0121/235347 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9:00 alle ore 15:00

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ,
LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (C.U.G.)**

Gruppo "Telelavoro"

Nel 2021, su mandato della Direzione Generale, il C.U.G. ha redatto, in coerenza con le indicazioni contenute nel POLA (Piano Organizzativo del Lavoro Agile) per ciò che concerne il passaggio dallo Smart Working al Telelavoro in Azienda, il relativo Regolamento.



REGOLAMENTO TELELAVORO



**Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità la valorizzazione del
benessere di chi lavora e contro la discriminazione**

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ,
LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (C.U.G.)**



RAZIONALE REGOLAMENTO TELELAVORO

A.S.L. TO3 - asa_to3 - Regione Piemonte Protocollo n. 0040914 del 29/04/2022 10:17:30 - Interno pagina 5 di 8



**Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità la valorizzazione del
benessere di chi lavora e contro la discriminazione**

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ,
LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (C.U.G.)**

Gruppo "NotiTia"



PROBLEMI AL LAVORO?

*Stai vivendo momenti di disagio in ambito lavorativo?
Puoi richiedere supporto e aiuto*

ECCO I SERVIZI CHE ASL TO3 METTE A TUA DISPOSIZIONE

**CONSIGLIERE
DI FIDUCIA**

Pensi di essere vittima di
MOBBING, DISCRIMINAZIONI
religiose, etniche, di genere,
MOLESTIE sessuali, VIOLENZE
fisiche o psicologiche?

Scrivi una e-mail a:
consiglierefiducia@aslto3.piemonte.it

**COMITATO UNICO
DI GARANZIA**

Vuoi segnalare
problematiche generali,
proporre idee per
migliorare
l'organizzazione e favorire
il benessere lavorativo?

Scrivi una e-mail a:
cug@aslto3.piemonte.it

CUG ASL TO3

Per informazioni:

www.aslto3.piemonte.it/azienda/progetti/progetti-aziendali

La locandina è stata affissa in tutte le sedi aziendali e pubblicata sulla intranet aziendale alla sezione "Altre Notizie".

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ,
LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (C.U.G.)**

Anche il 2021 è da ricordare per il perdurare della pandemia da COVID-19 che ha generato scenari nuovi, incerti, attivando comportamenti inaspettati ed irrazionali. Chi più ha subito mutamenti sono proprio gli operatori della sanità che hanno pagato a tutti i livelli un costo emotivo e fisico non prevedibile e difficilmente sostenibile. Considerato che la tenuta emotiva è indispensabile al funzionamento del “sistema” sanità per cui è fondamentale intercettare la sofferenza indirizzandola ad una presa in carico che prima avviene e meglio è, con nota prot. n. 7308 del 25/01/2022 tutti i Direttori, Dirigenti Responsabili e Coordinatori delle Professioni Sanitarie sono stati invitati a porre la massima attenzione al benessere psicologico degli operatori posti sotto la loro responsabilità accogliendone i disagi portati e in caso di necessità sono state fornite le indicazioni per i contatti con gli psicologi individuati. Già nel 2020 la S.C. Psicologia di concerto con il C.U.G. ha potenziato il Team di Psicologia delle Emergenze per affrontare il Covid-19, rafforzando il numero degli psicologi coinvolti, che ora sono 16, e attivando un servizio mail dedicato agli operatori sanitari con l’obiettivo di offrire un supporto psicologico immediato agli stessi, che si sono trovati impegnati in prima linea a fronteggiare l’emergenza e le sue conseguenze dal punto di vista emotivo.

Si desume quindi, come la valutazione del clima aziendale venga declinata operativamente nella valutazione delle richieste pervenute dal personale dipendente al C.U.G. in ciascuna delle riunioni calendarizzate con cadenza trimestrale. Nello specifico è il Consigliere di Fiducia a recepire quotidianamente le problematiche relative al benessere organizzativo attraverso materiale cartaceo secretato stante la sensibilità dei dati evidentemente li registrati.

Si allega alla presente (**Allegato 1**) la relazione dell’attività svolta dal Consigliere di Fiducia per il periodo 01/01/2021 – 31/12/2021 con il dettaglio del profilo professionale, struttura e tipologia delle richieste.

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ,
LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (C.U.G.)**

Raccomandazione

Item	Evidenza	Indicatore	Non conformità attribuita
5.2.3	Identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità	✓ Comitato Unico di Garanzia, consigliere di fiducia, sportello di ascolto	La relazione annuale CUG risulta essere in bozza è necessario prevedere una congrua tempistica di approvazione.

La relazione sull'attività svolta dal C.U.G. relativa all'anno 2021 è stata trasmessa al Direttore Generale il 15 marzo 2022, nota prot. n. 25818 (**Allegato 2**).

Cordiali saluti.

**Il Presidente del
Comitato Unico di Garanzia
Dott. Alessandro BONANSEA**



**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ,
LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (C.U.G.)**



**ATTIVITÀ CONSIGLIERE DI FIDUCIA:
RELAZIONE gennaio - dicembre 2021**

**DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA E DI CONSULENZA:
CASISTICA E AMBITO DI INTERVENTO**

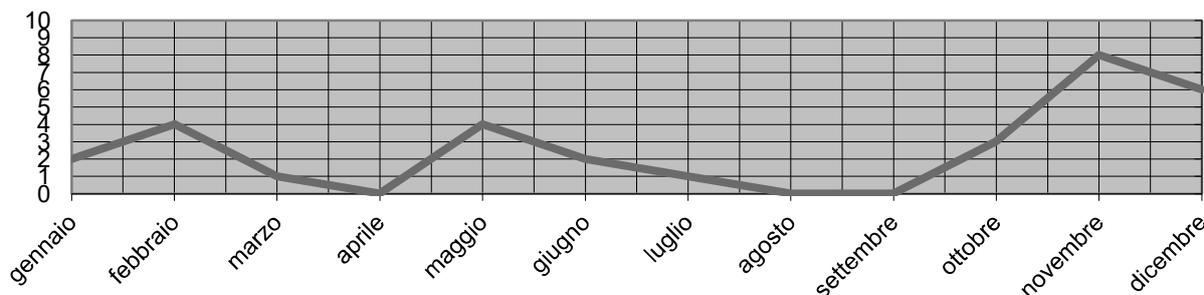
Dall'avvio dell'attività, avvenuta nel mese di settembre 2015, prosegue l'assistenza e la consulenza offerta alle/ai lavoratrici/lavoratori per tutto il 2021.

Come sempre le/i lavoratrici/lavoratori accedono al Consigliere di Fiducia indirizzando una mail a consiglieredifiducia@aslto3.piemonte.it. Successivamente, i richiedenti vengono contattati e viene fissato un appuntamento mediamente al primo giovedì presso la sede di Collegno o al terzo giovedì del mese presso la sede di Pinerolo in riferimento alle esigenze organizzative e di riservatezza della/del lavoratrice/lavoratore.

In riferimento all'emergenza COVID-19 l'attività di assistenza e consulenza nel 2021 prosegue in presenza. Nel 2021 giungono **in totale 31 richieste**, di cui **28 nuove**, si prosegue con **2 prese in carico del 2020** e si riprende in carico **1 richiesta di qualche anno fa in riferimento a nuova problematica**.

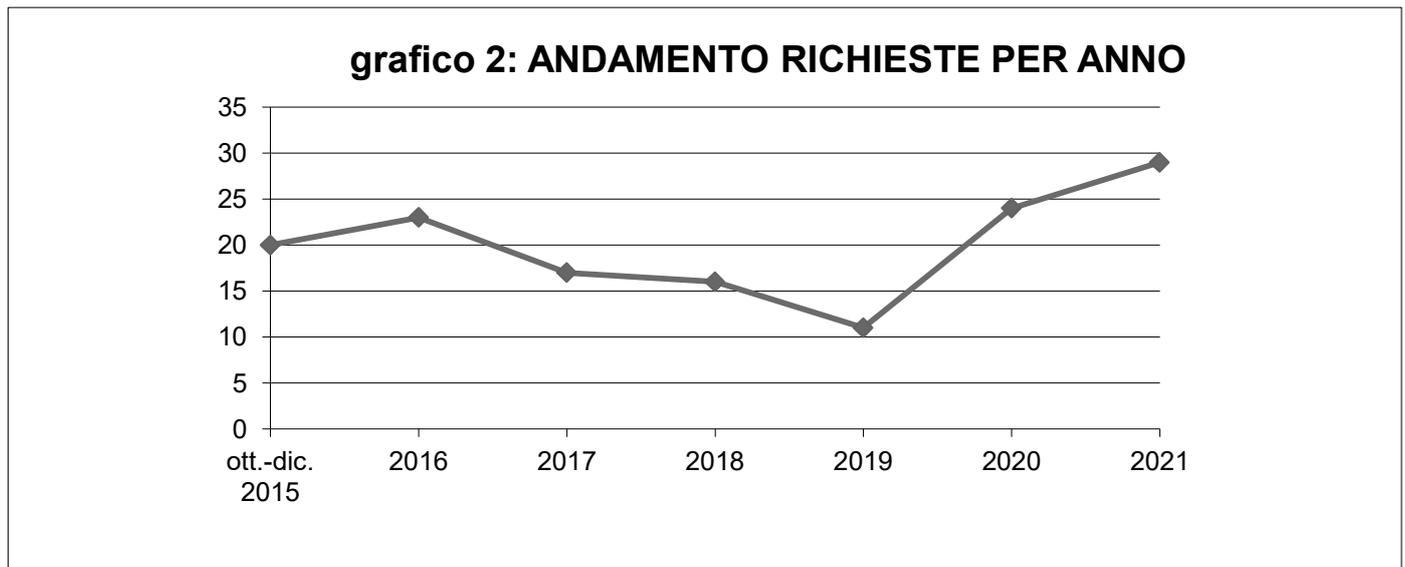
Tutte sono accolte con procedura informale.

grafico 1: FREQUENZA RICHIESTE 2021 PER MESE



Dopo una tendenza alla **riduzione delle nuove richieste fino al 2019**, **l'andamento 2021, come per il 2020**, si è caratterizzato con una **ripresa della domanda**, verosimilmente, contestuale al distress del lavoratore ASL in tempi di emergenza COVID19 e con una prevalenza significativa, con tendenza di netto aumento rispetto agli anni precedenti, della motivazione di richiesta per conflitto con superiore (48 %) e conflitto con i colleghi (41 %).

A.S.L. TO3 - asa_to3 - Regione Piemonte Protocollo n. 0040914 del 29/04/2022 10:17:30 - Interno pagina 2 di 4

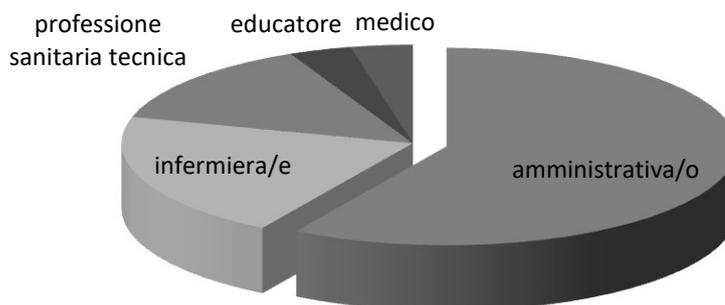


In riferimento alla professione, vedi pagina seguente, le richieste provengono da

- 59 % (17) amministrativa/o;
- 21 % (6) infermiera/e;
- 14 % (4) professione sanitaria tecnica;
- 3 % (1) educatore;
- 3 % (1) medico.

Quindi, rispetto al richiedente, in forte predominanza ci sono gli amministrativi, dato quasi triplicato rispetto all'anno scorso.

grafico 2: PROFESSIONE



I richiedenti sono 73 % donne (22) e 27 % uomini (8).

Il 48 % (14) delle professionalità opera in strutture e in ambito ospedaliero e il 52 % (15) in strutture territoriali, dato quasi in pareggio tra le due realtà.

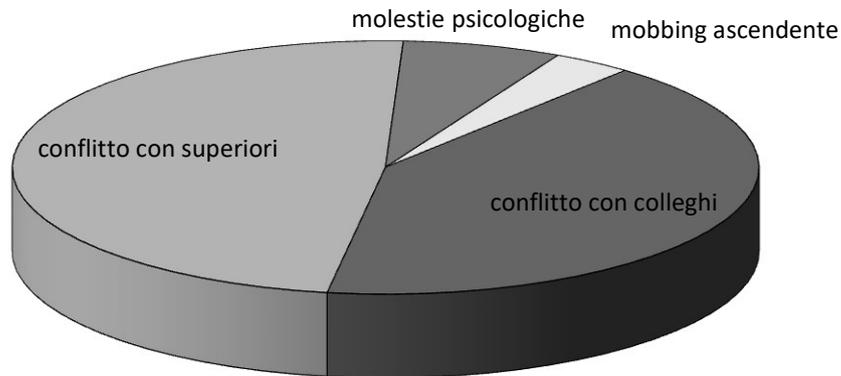
Le richieste provengono dai seguenti distretti:

- **Area Metropolitana Centro: 83 % (24);**
- **Pinerolese: 7 % (2);**
- Val Susa-Val Sangone: (0);
- Area Metropolitana Nord: (0);
- **Area Metropolitana Sud: 10 % (3).**

Le tipologie delle nuove richieste (**29 casi**) riguardano:

- **conflitto con colleghi: 12 casi;**
- **conflitto con superiori: 14 casi (tre casi segnalati, come richiesta, bossing);**
- **molestie psicologiche: 2 casi;**
- **mobbing ascendente: 1 caso**

grafico 3: TIPOLOGIA RICHIESTA



Gli interventi di assistenza, consultazione e mediazione si sono attuati con singoli operatori con il coinvolgimento del Responsabile/Direttore/Coordinatore per la maggior parte delle situazioni.

Si sono realizzati interventi rivolti a 3 Servizi/Uffici con il personale coinvolto in toto o in rappresentanza

In riferimento a tre segnalazioni sindacali, si sono attivati interventi di mediazione con il coinvolgimento delle OO.SS. in due Servizi/Uffici (riguardante il totale di 14 lavoratori) e in un singolo caso.

Collegno, 20 gennaio 2021

Dott. Marcello GIOVE
Consigliere di fiducia
ASL TO3
firmato in originale

Il Presidente del C.U.G.
Dr. Alessandro BONANSEA
firmato in originale

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ,
LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (C.U.G.)**



Alla c.a. **Direttore Generale ASL TO3**
Dott.ssa Franca DALL'OCCO

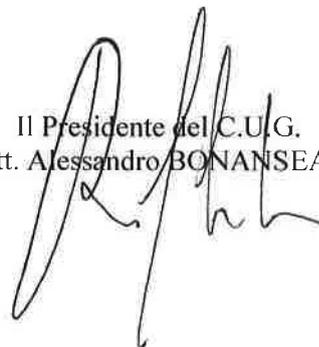
Oggetto: relazione sull'attività svolta dal CUG – Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni nel lavoro dell'Asl TO3, relativa all'anno 2021

Si consegna brevi mano in data odierna

Cordialmente



Il Presidente del C.U.G.
Dott. Alessandro BONANSEA



INDICE

OBIETTIVO	3
CONTESTO	3
COLLABORAZIONE CON IL CONSIGLIERE DI FIDUCIA	4
PROBLEMATICHE PRIORITARIE	4
ATTIVITA' DEI GRUPPI DI LAVORO	5
ALTRE INIZIATIVE	6

OBIETTIVO

La presente relazione ha lo scopo di illustrare le attività svolte dal Comitato Unico di Garanzia nel corso del 2021 per rendere attuativi i compiti propositivi, consultivi e di verifica, nonché il contributo all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale e psichica per i lavoratori, così come previsto dalla Delibera di costituzione. L'attuale Comitato ha raccolto il testimone dai precedenti gruppi così da non vanificare il lavoro speso in idee, iniziative e contributi posti in essere negli anni precedenti.

CONTESTO

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni nel lavoro (CUG) per il quadriennio 2020 – 2024 è stato nominato dal Direttore Generale dell'Asl TO3 con Deliberazione n. 780 del 18 novembre 2020, a seguito dell'attivazione di un bando di interpello per la designazione a componente CUG, come stabilito nella Direttiva 2/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione, pubblicato sul sito intranet aziendale in data 9 gennaio 2020.

Componenti di nomina aziendale:

COMPONENTE TITOLARE	COMPONENTE SUPPLENTE
COLLA Maria Teresa	COLLU Claudia
LEZZA Ettore	BURDESE Laura
LUZZI Maria Beatrice	PASCAL Donatella
PILON Silvia	MENSA Laura
VOTTA RAMELLA Luca	VOLPIANO Teresina
ANZILLOTTI Sabrina	OGGERO Patrizia
SAITO Carlo	CASALE Maria Grazia
CHIAPUSSO Barbara	FALCO Silvio
BONANSEA Alessandro	PELLONI Luciana

Componenti di nomina sindacale:

COMPONENTE TITOLARE	COMPONENTE SUPPLENTE	DESIGNAZIONE PARTE SINDACALE
BRUNO Donatella	CARLONE Claudio	FP CGIL
FORNELLI Carmen	ANDRIOTTA Angela	UIL FPL
GALILEI Eleonora	AVARO Agnese	CISL FP
GRADINARU Alina	VALENTI Marco	NURSIND
MARINO Gaspare Mario	CERETTO Alessandra	FVM
MASSARO Giovanna	CAVALLO Maria Rita	ANPO ASCOTI FIALS
PANE Carla	APONTE Mario	FIALS - CONFISAL
SIVERA Luca	FILARDO Antonio	AARO I - EMAC
BUGNONE Andrea	NP	FASSID - AUPI

In occasione della riunione di insediamento del nuovo CUG svoltasi in data 17 dicembre 2020, dalle ore 10.00 alle ore 12.00, in videoconferenza tramite la Piattaforma MEET per l'emergenza pandemica in corso, sono state richieste le candidature, da inviare via mail, per i ruoli di Vice Presidente, Segretario e Coordinatore GdL del CUG 2020 – 2024.

A seguito della ricezione delle candidature, per la copertura delle funzioni sono stati individuati:

Vice Presidenza: Dr Ettore Lezza – Dirigente Medico S.C. Psichiatria

Coordinamento GdL: Dr.ssa Silvia Pilon – Dirigente Medico S.C. Distretto Area Metropolitana Centro

Segreteria: Sig. Carlo Sàito – Segreteria S.C. Psicologia

In difetto del Componente Supplente in fase di nomina, il Sindacato AUPI ha individuato come sostituto del dott. Andrea Bugnone la dott.ssa Maria Assunta Orlando.

COLLABORAZIONE CON IL CONSIGLIERE DI FIDUCIA

Il Consigliere di Fiducia dell'Asl TO3, dr. Marcello GIOVE, ha trasmesso al Comitato Unico di Garanzia un resoconto dettagliato dell'attività svolta, allegato in calce alla presente relazione.

PROBLEMATICHE PRIORITARIE

L'insediamento dell'attuale Comitato è coinciso con l'emergenza pandemica da Covid-19. In occasione della prima riunione, svoltasi il 28 gennaio 2021, l'apertura dei lavori ha visto la partecipazione del Direttore Generale Dott.ssa Franca Dall'Occo che, nell'auspicare una piena sinergia tra Direzione Generale e Comitato Unico di Garanzia, ha dato mandato al CUG di stilare una base progettuale, relativamente alle indicazioni del POLA (Piano Organizzativo del Lavoro Agile) per ciò che concerne il passaggio dallo Smart Working al Telelavoro in Azienda, come bozza da presentare entro il 28 febbraio 2021.

Stante la complessità del mandato e la brevità della scadenza, ad unanimità tutti i componenti del Comitato hanno dato la disponibilità a far convergere il loro contributo sulla tematica predominante. A tale scopo, nel mese di febbraio 2021, sono state calendarizzate quattro riunioni straordinarie (giovedì 4, giovedì 11, martedì 16 e martedì 23) che si sono tenute presso la Sala Formazione di Villa Rosa a Collegno, dalle ore 9.00 alle ore 12.00. Questo ha consentito che il documento sollecitato venisse prodotto nei tempi stabiliti. La bozza progettuale viene allegata alla presente relazione.

ATTIVITÀ DEI GRUPPI DI LAVORO

Esaurito il mandato individuato come prioritario dal Direttore Generale, alla prima riunione utile del Comitato sono state raccolte le espressioni di interesse da ogni singolo Componente del Comitato, e di nomina aziendale e di nomina sindacale. Ne sono derivate alcune ipotesi di lavoro che hanno dato vita a due GdL. Il primo gruppo è stato costituito per collaborare con le S.C. di Psicologia e la SC Formazione nella definizione di un corso sulla "VIOLENZA di GENERE". I componenti che hanno aderito a questa iniziativa sono stati:

- Sabrina ANZILLOTTI
- Maria Loredana BATTI
- Barbara CHIAPUSSO
- Alina GRADINARU

che coopereranno con la SC Ricerca e Formazione.

Gruppo di lavoro NOTITIA

Questo secondo gruppo nasce dalla necessità di divulgare la conoscenza delle attività svolte dal CUG a favore di tutto il personale che opera nell'azienda attraverso la produzione di materiale informativo allo scopo di fornire istruzioni operative per le richieste di aiuto e/o supporto. I componenti che hanno aderito a questa iniziativa sono stati:

- Sabrina ANZILLOTTI
- Maria Loredana BATTI
- Andrea BUGNONE
- Laura BURDESE
- Barbara CHIAPUSSO
- Maria Teresa COLLA
- Silvia PILON

ALTRE INIZIATIVE

Allo scopo di diffondere ulteriormente la cultura che sottende all'attività del Comitato Unico di Garanzia è stata proposta, da più componenti, la realizzazione di centri d'ascolto, ubicati in più punti del territorio di pertinenza dell'Azienda, previa formazione, così da facilitare l'accoglimento delle istanze dei dipendenti.

Il Presidente del C.U.G.

Dott. Alessandro BONANSEA



ELENCO ALLEGATI

- ALLEGATO 1. Consigliere di Fiducia: resoconto attività
- ALLEGATO 2. Gruppo di Lavoro NotiTia: volantino informativo
- ALLEGATO 3. Bozza Regolamento telelavoro – Razionale telelavoro

ASSL T03 - Regione Piemonte - Protocollo n. 004998-41 del 30/04/2021 4166780 - Informo
pagina 6 di 6

S.C. DIREZIONE MEDICA RIVOLI

Amministrazione/AOO: asa_to3
Protocollo n. (vedi timbro digitale o file .xml)
Classificazione _____
Fascicolo _____

Alla c.a.
Direttori S.C. / Responsabili S.S.
Coordinatori S.C./S.S.

e p.c. S.C. Formazione, Qualità e Rischio Clinico
S.S. Attività Amministrative Ospedaliere

OGGETTO: ISTRUZIONE OPERATIVA GESTIONE CARTELLA CLINICA PO RIVOLI

Con la presente si rende nota la nuova istruzione operativa interna al Presidio di Rivoli per quanto riguarda la gestione della Cartella Clinica, dalla chiusura all'archiviazione, conservazione e richiesta degli aventi diritto.

Si prega di prendere visione e dare massima diffusione ai delegati e alle figure coinvolte in ogni struttura.

Si allegano istruzioni operative e moduli ad essa collegati, che verranno pubblicati nell'Intranet Aziendale presso struttura S.C. Direzione Medica Rivoli.

Ringraziando tutti per l'impegno e per la fattiva collaborazione, si porgono cordiali saluti.

Il Referente
S.C. Direzione Medica Rivoli
Dott. Adriano DE SIMONE

X 


AO/cl

CONTENUTO DELL'ISTRUZIONE

1.	TITOLO.....	2
2.	MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI	2
3.	AMBITO DI APPLICAZIONE	2
4.	Obiettivi.....	2
5.	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	2
5.1	Consegna ad Archivio Centrale.....	2
5.2	Consegna ad Archivio Esterno	5
5.3	Modalità di richiesta da parte degli aventi diritto	5
5.4	Consegna agli aventi diritto	6
5.5	Paziente ancora ricoverato.....	7
5.6	Richieste urgenti.....	7
5.7	Modalità di verifica.....	8
6.	Responsabilità.....	8
7.	DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALL'ISTRUZIONE	8

Gruppo di lavoro		
Nominativo	Struttura	Firma
Andrea OSTORERO	SC Direzione Medica PO Rivoli	Firmato in originale
Mattia BERGALLA	SC Direzione Medica PO Rivoli	Firmato in originale
Mara SIVIERO	SC Direzione Medica PO Rivoli	Firmato in originale
Anna Maria GUARINO	SS Attività Amministrative Ospedaliere PO Rivoli	Firmato in originale
Luciana TRUDU	SS Attività Amministrative Ospedaliere PO Rivoli	Firmato in originale

Gruppo di lavoro	Direzione Medica di Presidio Adriano DE SIMONE _ Firmato in originale _	Referente Qualità Nicoletta LABIANCA ___ Firmato in originale __
stesura	approvazione per adeguatezza	emissione

	IO DIRMED Riv 001 Gestione Cartella Clinica presso PO RIVOLI	revisione n° 0 data di emissione: 12/05/2022
---	--	--

1. TITOLO

IO DIRMED Riv 001: Gestione Cartella Clinica presso PO RIVOLI

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

Trattandosi della revisione 0 non si registrano modifiche al documento.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente Istruzione Operativa è applicata all'interno del Presidio Ospedaliero di Rivoli.

4. Obiettivi

- Definire la composizione minima e l'ordine della documentazione all'interno della CC/verbale di PS da presentare ad Archivio Centrale.
- Definire le modalità di consegna della documentazione sanitaria da parte delle Strutture all'Archivio Centrale.
- Definire le modalità di controllo della documentazione sanitaria all'arrivo presso l'Archivio Centrale, ed eventuale ritorno alle Strutture per integrazione della documentazione.
- Definire le modalità operative dell'Ufficio dell'Archivio Centrale nella ricezione e consegna della documentazione ad Archivio esterno.
- Stabilire le modalità di richiesta della documentazione sanitaria da parte degli aventi diritto all'Ufficio Cartelle Cliniche, e relative modalità di consegna della documentazione.

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

5.1 Consegna ad Archivio Centrale

La consegna di documentazione sanitaria all'Archivio Centrale deve essere effettuata dalla Struttura Responsabile, previo appuntamento con l'Ufficio Cartelle Cliniche.

La consegna della documentazione sanitaria all'Archivio Centrale deve essere effettuata prima possibile, e preferibilmente entro 1 mese dalla dimissione, al fine di:

- Limitare il ritardo nella consegna della copia della documentazione agli aventi diritto richiedenti;

	IO DIRMED Riv 001 Gestione Cartella Clinica presso PO RIVOLI	revisione n° 0 data di emissione: 12/05/2022
---	--	--

- Ridurre il rischio di perdita della documentazione sanitaria;
- Ridurre il rischio di manipolazioni della documentazione sanitaria successive alla dimissione.

MODALITÀ DI CONSEGNA DA PARTE DEL REPARTO:

- Inserire ogni cartella in singola busta aperta, con sopra scritto nominativo paziente/numero SDO e nome del reparto di provenienza
- Elencare le cartelle da consegnare nell'apposito modulo **M DIRMED Riv 001 – elenco cartelle consegnate**, compilandone tutti i campi
- Salvare il file Excel in locale denominandolo con reparto di Provenienza e data consegna (es. Ortopedia consegna cartelle del 02/02/2022)
- Inviare il file così denominato (editabile, no scansioni o pdf o foto) all'ufficio cartelle cliniche via mail al seguente indirizzo: cartelle.cliniche.rivoli@aslt03.piemonte.it
- Stampare il modulo e consegnarlo all'Ufficio Cartelle cliniche con le cartelle da consegnare

MODALITÀ ACCETTAZIONE DELL'UFFICIO CARTELLE CLINICHE:

- l'Ufficio Cartelle Cliniche verifica la corrispondenza tra cartelle consegnate e quanto indicato nel **M DIRMED Riv 001 – Elenco cartelle cliniche consegnate**
- l'operatore dell'Ufficio Cartelle Cliniche e l'operatore della Struttura inviante firmano infine il modulo negli spazi definiti. Il documento firmato in originale verrà conservato presso la struttura inviante mentre una copia viene conservata a cura dell'Ufficio Cartelle Cliniche
- a cura del personale dell'Ufficio Cartelle cliniche la definizione del campione scelto casualmente (circa il 10% del totale delle cartelle consegnate dalla struttura inviante) che saranno oggetto di verifica a cura della Direzione Medica di Presidio.
- Le cartelle costituenti il campione vengono indicate con una flag nell'apposito spazio denominato "Con riserva" presente nella copia cartacea del *Modulo M DIRMED Riv 001* compilato e consegnato dalla struttura inviante
- Le cartelle individuate e il relativo modulo vengono consegnate alla Direzione Medica per la valutazione
- Le cartelle non individuate nel campione vengono prese in carico dall'Ufficio Cartelle Cliniche, ma non vengono consegnate ad Archivio Esterno fino al controllo del campione da parte della Direzione Medica

PRESA IN CARICO E CONTROLLO A CAMPIONE

La Direzione Medica effettua controlli a campione della documentazione in occasione della consegna e prima della presa in carico da parte dell'Ufficio Cartelle Cliniche (vedi Modalità di Verifica al punto 5.7).

Ai fini di tale valutazione sono stati emessi 2 differenti moduli ad uso esclusivo esclusivamente dalla Direzione Medica:

	IO DIRMED Riv 001 Gestione Cartella Clinica presso PO RIVOLI	revisione n° 0 data di emissione: 12/05/2022
---	--	--

- **DIRMED Riv 002 – Check list valutazione cartella clinica**, che definisce gli elementi essenziali costituenti la documentazione sanitaria e che viene utilizzato per la valutazione della completezza della cartella
- **M DIRMED Riv 003 – Valutazione qualità della cartella clinica** utilizzato quando si renda necessario una valutazione della qualità della compilazione della documentazione sanitaria

L'Ufficio Cartelle Cliniche attende il riscontro della Direzione Medica per la presa in carico effettiva presso l'Archivio Centrale della documentazione analizzata.

Il campione di cartelle cliniche da sottoporre ad esame (10% circa) viene portato dall'Ufficio Cartelle Cliniche alla Direzione Medica di Presidio, insieme con la copia della *M DIRMED Riv 001 – elenco cartelle cliniche consegnate*.

Le eventuali non conformità rilevate in corso di valutazione verranno registrate sul **M DIRMED Riv 004 – Valutazione CC – Non conformità rilevate/integrazioni richieste**.

Dopo l'analisi, il campione di cartelle e il modulo sopra indicato viene restituito dalla Direzione Medica all'Ufficio Cartelle Cliniche.

- **In caso di documentazione COMPLETA:** le cartelle cliniche vengono prese in carico dall'Archivio Centrale.
- **In caso di documentazione INCOMPLETA:** la Struttura Responsabile viene avvisata dalla Direzione Medica della **richiesta di integrazioni**, e ritira il campione analizzato (o l'intera documentazione in caso di incompletezze diffuse) presso l'Ufficio Cartelle Cliniche.

MODALITÀ DI RESTITUZIONE ALLA STRUTTURA PER INTEGRAZIONI:

La Direzione Medica di Presidio invia mail al Direttore di Struttura, e in copia a Coordinatore Infermieristico e eventuali soggetti delegati, contenente:

- **M DIRMED Riv 004-Valutazione CC – Non conformità rilevate/integrazioni richieste**
- **M DIRMED Riv 002 check list valutazione cartelle cliniche**

In seguito a tale mail, la Struttura Responsabile deve ritirare il campione analizzato presso l'Ufficio Cartelle Cliniche.

ATTENZIONE: la mancanza di **firma, manuale o digitale**, nelle parti di competenza degli operatori, costituisce motivo di richiesta di integrazione da parte della Direzione Medica.

In caso di riscontro di bassa qualità di compilazione della Cartella Clinica, la Direzione può segnalare tramite nota ai Direttori di Struttura e Coordinatori Infermieristici.

In seguito all'integrazione richiesta, la Struttura dovrà effettuare nuovamente la consegna all'Ufficio Cartelle Cliniche presso l'Archivio Centrale, con le stesse modalità sopra riportate.

Il modulo *M DIRMED Riv 001 – Elenco cartelle cliniche consegnate* viene archiviato dall'Ufficio Cartelle Cliniche, mentre i moduli relativi all'analisi a campione (*M DIRMED Riv 004 _ Valutazione CC Non conformità rilevate/integrazioni richieste* e *M DIRMED Riv 002 Check list cartella clinica*) vengono archiviati dalla Direzione Medica di Presidio per la durata di 1 anno.

5.2 Consegna ad Archivio Esterno

Il personale dell'Ufficio Cartelle Cliniche si coordina con l'Archivio Esterno (ditta in appalto) e ne monitora la presa in carico e il ritiro della documentazione.

L'Archivio Esterno è responsabile del caricamento della documentazione su piattaforma dedicata, consultabile in seguito da parte dei soggetti autorizzati e dell'Ufficio Cartelle Cliniche per l'estrazione della documentazione richiesta dagli aventi diritto.

5.3 Modalità di richiesta da parte degli aventi diritto

Le richieste di copia della documentazione possono essere effettuate tramite le seguenti modalità:

- Sportello ospedaliero dedicato, negli orari pubblicati su sito internet aziendale;
- Mail dedicata, pubblicata su sito internet aziendale.

La richiesta di copia della documentazione sanitaria può essere effettuata da:

1. diretto interessato (il delegato può esclusivamente portare fisicamente la richiesta di copia della documentazione allo sportello o inviare mail per conto del diretto interessato);
2. genitore di minorenne o avente la tutela;
3. tutore di minore;
4. tutore di persona interdetta;
5. amministratore di sostegno a ciò espressamente abilitato da decreto di nomina;
6. nel caso di pazienti deceduti:
 - ✓ gli eredi legittimi, che tuttavia devono provare la loro posizione con idonee documentazioni al Direttore Sanitario del Presidio (vedi in seguito);
 - ✓ gli altri eredi, per espressa disposizione testamentaria;

Eventuali casi particolari o situazioni tali da richiedere una tutela particolare sono valutati dalla Direzione Medica di Presidio con possibilità di escludere la delega e rilasciare copia della CC esclusivamente all'interessato.

I **documenti indispensabili** all'atto della richiesta sono:

- modulo MASL081 – Richiesta di copia conforme di Cartella Clinica – correttamente compilato in ogni sua parte, specificando il riferimento preciso del ricovero (reparto e date del ricovero, o numero SDO) e firmato in tutte le sezioni apposite dagli aventi diritto;
- fotocopia del documento di identità del richiedente (diretto interessato o avente diritto);
- delega, nel caso in cui la richiesta/ritiro non sia fatta dal titolare, ma da persona designata, unitamente al documento d'identità dell'interessato e della persona delegata al ritiro.

Nel caso in cui la documentazione sia di un paziente deceduto, solo l'erede legittimo può effettuare la richiesta presentando, oltre ai documenti identificativi, anche la

	IO DIRMED Riv 001 Gestione Cartella Clinica presso PO RIVOLI	revisione n° 0 data di emissione: 12/05/2022
---	--	--

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà (artt. 46 – 47 dpr 445/00) in qualità di “erede legittimo”.

La documentazione sanitaria appartiene, come bene patrimoniale indisponibile, all’Azienda Sanitaria Locale; per cui il Direttore Sanitario, che ne è il responsabile:

- “rilascia agli aventi diritto copia della documentazione e ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti in ospedale, in base ai criteri stabiliti dall’amministrazione” (DPR 27 marzo 1969, n. 128).
- è responsabile del rilascio delle copie della documentazione sanitaria, firmando o delegando al Direttore Medico di Presidio tale attività, per copia conforme e per autentica.

Le richieste pervenute vengono valutate dalla Direzione Medica di Presidio, la quale autorizza il rilascio della documentazione in copia conforme esclusivamente in caso di corrispondenza dei requisiti e completezza della richiesta.

Copia conforme della CC può essere rilasciata a particolari soggetti non intestatari della documentazione ed in particolare nei seguenti casi:

- ordine o sequestro proveniente da parte dell’Autorità Giudiziaria in caso di specifica richiesta in base all’articolo 342 del Codice di procedura Penale, da rilasciarsi in copia autenticata. Nel caso che l’Autorità Giudiziaria dichiari necessaria l’acquisizione del documento originale, una copia autenticata del medesimo deve essere creata contestualmente alla consegna dell’originale e conservata agli atti dell’ufficio, unitamente all’ordine o al verbale di sequestro dell’Autorità Giudiziaria;
- richiesta da parte del Consulente Tecnico d’Ufficio o del Perito d’Ufficio, dietro esibizione dell’atto di nomina;
- richiesta da parte del legale dell’avente diritto alla documentazione, che dichiara per iscritto di agire in nome e per conto dello stesso, previa delega dell’avente diritto;
- richiesta da parte dell’INAIL, ai sensi dell’art. 8 e 94 D.P.R. 30.06.65, n. 1124;
- richiesta da parte dell’Autorità Sanitaria (Ministero della Salute, Assessorati regionali, Sindaco) per comprovati motivi di tutela della salute pubblica purchè la richiesta risulti motivata dalla necessità di “tutela della salute pubblica”
- soggetti appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale, in modo finalizzato all’erogazione del servizio di competenza

5.4 Consegna agli aventi diritto

L’operatore dell’Ufficio Cartelle Cliniche che evade la richiesta (ovvero stampa la copia conforme dal portale dedicato) deve verificare che la documentazione sia inerente alla richiesta effettiva (controllo corrispondenza tra richiesta e documentazione in stampa).

I **tempi di consegna** previsti sono di 7 giorni lavorativi dal momento della richiesta della documentazione sanitaria all’Archivio Sanitario.

Il rilascio di copia dei documenti è subordinato al rimborso dei **costi di riproduzione** secondo le tariffe stabilite e periodicamente aggiornate con determinazione del Direttore Generale dell’Azienda. Il **pagamento** potrà essere effettuato prima del ritiro

	IO DIRMED Riv 001 Gestione Cartella Clinica presso PO RIVOLI	revisione n° 0 data di emissione: 12/05/2022
---	--	--

presso uno dei Punti Rossi del Presidio o mediante bonifico bancario intestato a ASLTO3 - IBAN: IT69 Q030 6930 8701 0000 0309 310.

Il rilascio della copia conforme della documentazione sanitaria avviene in **busta chiusa** a Reg. UE 2016/679 e D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. tutela della riservatezza e della personalità dell'interessato.

L'operatore dell'Ufficio Cartelle Cliniche deve pertanto effettuare un ulteriore controllo della corrispondenza tra documentazione richiesta e documentazione in consegna, prima della chiusura della busta.

Le **modalità di consegna** sono:

- previo appuntamento telefonico concordato con l'Ufficio Cartelle Cliniche
- presso lo sportello Cartelle Cliniche del Presidio Ospedaliero negli orari di servizio all'utenza
- spedizione tramite contrassegno postale a domicilio o presso qualsiasi altro indirizzo indicato all'atto della richiesta. In caso di spedizione, essa avviene esclusivamente a mezzo del servizio postale universale o, ove espressamente autorizzato dalla Direzione Sanitaria, a mezzo di addetti dell'Azienda. È espressamente escluso l'affidamento a servizi di corriere non sottoposti agli obblighi di servizio universale. Se la cartella clinica viene spedita a mezzo raccomandata A.R. l'addetto alla spedizione, dopo averli siglati, allega alla richiesta valida di copia della cartella clinica: ricevuta del modulo di invio a mezzo raccomandata e ricevuta di ritorno.

Al momento del ritiro della documentazione richiesta l'utente deve esibire un documento di riconoscimento; l'operatore dell'Ufficio Cartelle Cliniche verifica la congruenza con i documenti forniti all'atto della richiesta. La consegna avviene previa esibizione della ricevuta di avvenuto pagamento. In caso di ritiro da parte di soggetto delegato, l'operatore controlla altresì la delega al ritiro, cui è allegata copia del documento di identità del delegante.

5.5 Paziente ancora ricoverato

Se il paziente non è stato ancora dimesso, dovrà esser fatta una richiesta parziale di CC dal paziente o dagli aventi diritto al reparto di ricovero (Responsabile o delegato). L'operatore che raccoglie tale richiesta, deve avvertire la Direzione Medica di Presidio ed il Coordinatore di Comparto della Struttura interessata, ricordando a quest'ultimo di far allegare la dichiarazione di parzialità della documentazione da parte del DSC/RSSD/RSS e sarà consegnata nel più breve tempo possibile.

La richiesta deve pervenire alla Direzione Medica, che rilascerà la documentazione parziale predisposta dall'Ufficio Cartelle Cliniche.

È fatto divieto fotocopiare e consegnare presso il reparto CC o parti di esse.

5.6 Richieste urgenti

In caso di richiesta da parte dell'avente diritto di copia di CC non ancora pervenuta ad Archivio Centrale, il personale dell'Ufficio Cartelle Cliniche invia una mail di sollecito urgente al reparto (Responsabile/Direttore, Coordinatore ed amministrativo ove presente) trasmettendo i riferimenti della documentazione richiesta.

	IO DIRMED Riv 001 Gestione Cartella Clinica presso PO RIVOLI	revisione n° 0 data di emissione: 12/05/2022
---	--	--

La Struttura dovrà inviare la documentazione all'Ufficio Cartelle Cliniche nel minor tempo possibile, in considerazione delle tempistiche richieste dalla legislazione vigente.

5.7 Modalità di verifica

La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Rivoli effettua controlli a campione (nella misura del 10% circa) della documentazione sanitaria al momento della consegna da parte delle Strutture, preliminarmente alla presa in carico da parte dell'Archivio Centrale. In caso di riscontro di documentazione sanitaria incompleta nei campioni analizzati, la documentazione sanitaria può essere restituita alla Struttura inviante, al fine di verificare e correggere la completezza della documentazione.

La restituzione della documentazione sanitaria viene effettuata tramite comunicazione mail alla Struttura Responsabile, allegando le valutazioni a campione effettuate con le incongruità riscontrate.

La Direzione Medica di Presidio, al momento dell'autorizzazione della consegna ai richiedenti di copia conforme di documentazione sanitaria, verifica la corretta compilazione delle richieste da parte degli aventi diritto. In caso di richieste improprie (assenza documentazione o firma, o in assenza dei requisiti degli aventi diritto) la Direzione Medica di PO non autorizza la consegna della documentazione sanitaria.

6. Responsabilità

	Struttura Responsabile	Direzione Medica di PO	Ufficio Cartelle Cliniche
Completezza e corretta compilazione	R		
Verifica a campione		R	
Acquisizione presso Archivio Centrale			R
Invio ad Archivio Esterno			R
Acquisizione richieste di copia conforme			R
Autorizzazione al rilascio		R	

7. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALL'ISTRUZIONE

- M DIRMED Riv 001 – Elenco Cartelle cliniche consegnate
- M DIRMED Riv 002 – Check List cartella clinica

 <p>A.S.L. TO3 Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo</p>	<p>IO DIRMED Riv 001</p> <p>Gestione Cartella Clinica presso PO RIVOLI</p>	<p>revisione n° 0 data di emissione: 12/05/2022</p>
---	---	---

- M DIRMED Riv 003 _ Valutazione qualità Cartella Clinica
- M DIRMED Riv 004 – Valutazione CC – Non conformità rilevate/integrazioni richieste

DATA VALUTAZIONE: _____ Struttura inviante: _____

	N. cartella clinica →	Presente?							
		(SI/NO/N.A.)							
1	SDO (firmata da Medico Dimettente e Direttore Struttura)								
2	Lettera di dimissione ospedaliera (firmata da Medico Dimettente)								
3	Verbale di Pronto Soccorso / proposta di ricovero / lettera di trasferimento da altre sedi								
4	Anamnesi ed esame obiettivo								
5	Diario clinico (medico e infermieristico se cartacei) (firmato da Medico Dimettente)								
6	Consenso informato all'intervento chirurgico								
7	Consenso informato all'anestesia								
8	Cartella anestesilogica								
9	Schede correlate all'intervento (es. consenso trasfusione, richiesta emocomponenti, gruppo sanguigno, scheda trasfusione, valutazione rischio tromboembolico)								
10	Verbale atto operatorio								
11	Scheda conteggio garze se applicabile								
12	Eventuale esame istologico (se disponibile)								
13	Scheda monitoraggio e allertamento								
14	Cartella infermieristica								
15	Altre schede infermieristiche applicabili (es. scheda di Brass, scheda di Conley, medicazioni, scheda di valutazione del dolore etc)								
16	Referti di laboratorio, strumentali ed eventuale consenso								
17	Elettrocardiogrammi								
18	Richieste e consulenze specialistiche								
19	Scheda unica di terapia (SUT)								
20	Cartella specialistica se presente (es. ostetrica, riabilitativa etc)								
21	Richiesta trasporto in ambulanza								
22	Proposta di ricovero per continuità delle cure								
23	TSO e atti amministrativi correlati								
24	Eventuali documentazioni specifiche della Struttura (es. CEDAP in ambito ostetrico)								

	N. CARTELLA CLINICA →	Presente?							
		(SI/NO/N.A.)							
1	SDO (firmata da Medico Dimettente e Direttore Struttura)								
2	Lettera di dimissione ospedaliera (firmata da Medico Dimettente)								
3	Verbale di Pronto Soccorso / proposta di ricovero / lettera di trasferimento da altre sedi								
4	Anamnesi ed esame obiettivo								
5	Diario clinico (medico e infermieristico se cartacei) (firmato da Medico Dimettente)								
6	Consenso informato all'intervento chirurgico								
7	Consenso informato all'anestesia								
8	Cartella anestesilogica								
9	Schede correlate all'intervento (es. consenso trasfusione, richiesta emocomponenti, gruppo sanguigno, scheda trasfusione, valutazione rischio tromboembolico)								
10	Verbale atto operatorio								
11	Scheda conteggio garze se applicabile								
12	Eventuale esame istologico (se disponibile)								
13	Scheda monitoraggio e allertamento								
14	Cartella infermieristica								
15	Altre schede infermieristiche applicabili (es. scheda di Brass, scheda di Conley, medicazioni, scheda di valutazione del dolore etc)								
16	Referti di laboratorio, strumentali ed eventuale consenso								
17	Elettrocardiogrammi								
18	Richieste e consulenze specialistiche								
19	Scheda unica di terapia (SUT)								
20	Cartella specialistica se presente (es. ostetrica, riabilitativa etc)								
21	Richiesta trasporto in ambulanza								
22	Proposta di ricovero per continuità delle cure								
23	TSO e atti amministrativi correlati								
24	Eventuali documentazioni specifiche della Struttura (es. CEDAP in ambito ostetrico)								

VALUTAZIONE QUALITÀ' CARTELLA CLINICA

DATA VALUTAZIONE		n. Cartella clinica						
Elementi della cartella clinica	Presente (si/no)	Non previsto	Non completo	Non chiaro	Non rintracciabile	Non accurato	Non veridicità	
1 Dati identificativi								
Dati identificativi della cartella clinica / della persona assistita								
Su tutti i fogli (fronte e retro)?								
2 Inquadramento iniziale della persona assistita								
Foglio di accettazione / PS								
2.1 Cartella medica								
Motivo del ricovero								
Anamnesi Patologica Remota								
Anamnesi Patologica Prossima								
Allergie riportate in cartella								
Esame obiettivo – valutazione stato di coscienza								
Esame obiettivo cardiocircolatorio								
Esame obiettivo polmonare								
Esame obiettivo addominale								
Data								
Firma								
2.2 Cartella infermieristica								
Scheda di accettazione								
Allergie riportate in cartella								
Valutazione iniziale del paziente								
Data								
Firma								
3 Decorso ricovero								
3.1 Diario clinico								
Compilazione giornaliera								
La compilazione è ordine cronologico								
Data per ogni annotazione								
Firma per ogni annotazione								
Terapia farmacologica								
Terapia chirurgica								
3.2 Diario infermieristico								
Compilazione giornaliera								
In ordine cronologico								

VALUTAZIONE QUALITÀ' CARTELLA CLINICA

A.S.L. TO3 - asa_to3 - Regione Piemonte Protocollo n. 0045506 del 12/05/2022 12:37:40 - Interno

Data per ogni annotazione							
Firma per ogni annotazione							
3.3 SUT							
Compilazione giornaliera							
Firma per ogni annotazione							
Correzioni							
3.4 TRASFUSIONI							
Richiesta gruppo sanguigno							
Consenso informato							
Etichetta presente							
3.5 SCHEDE							
Valutazione del dolore							
Monitoraggio e allertamento							
Rischio caduta (Conley)							
Medicazioni							
Scala di Braden							
Scala di Brass							
Scheda effetti personali							
Scheda preparazione chirurgica							
Calcolo rischio tromboembolico (chirurgica)							
Scheda CEDAP + scheda neonato							
4 Chiusura ricovero							
4.1 Lettera dimissione							
Datata							
Firmata e timbrata							
Motivo del ricovero							
Diagnosi di dimissione							
Breve storia anamnestica							
Accertamenti eseguiti							
Procedure e trattamenti eseguiti							
Terapia prescritta							
Eventuale Follow up							
4.2 SDO							
Firmata e timbrata dal Medico							
Firmata e timbrata dal Responsabile della struttura							

VALUTAZIONE QUALITÀ' CARTELLA CLINICA

N.	Elementi di errore	Presente (si/no)	Non previsto	Non completo	Non chiaro	Non rintracciabile	Non accurato	Non veridicità
5.1	Correzione							
	datata							
	Firmata							
5.2	ordine composizione							
5.3	presenza di documenti estranei							

SOLO PER CARTELLE CHIRURGICHE

N.	Elementi della cartella clinica	Presente (si/no)	Non previsto	Non completo	Non chiaro	Non rintracciabile	Non accurato	Non veridicità
6 Gestione preoperatoria								
	Cartella infermieristica prericovero							
	scheda accettazione infermieristica							
	Scheda intervento chirurgico urgente firmata dal chirurgo							
	Consenso informato per intervento							
	Consenso informato per anestesia							
	Consenso informato alla trasfusione							
	Check list preoperatoria infermieristica							
	Valutazione anestesiologicala							
7 Gestione intraoperatoria								
	Check list ministeriale di sala operatoria							
	Cartella di sala operatoria							
	Firmata da infermiere							
	Firmata da chirurgo							
	Firmata da anestesista							
	Scheda anestesiologicala							
	Firmata da anestesista +							
	Firmata da nurse anestesia							
	Monitoraggio in sala risveglio							
	Verbale operatorio							
	firmato e timbrato dal chirurgo							
	Etichette protesi presenti							
	Scheda valutazione rientro dalla sala							

A.S.L. TO3 - asa_to3 - Regione Piemonte Protocollo n. 0045506 del 12/05/2022 12:37:40 - Interno pagina 4 di 4

Data valutazione _____

Struttura _____

Cognome	Nome	Data Nascita	Data Ricovero	Numero SDO

ISTRUZIONE OPERATIVA GESTIONE CARTELLA CLINICA PO RIVOLI**Da :** DIR.SAN. OO.RR. RIVOLI <dirsan.osp.rivoli@aslto3.piemonte.it>

gio, 12 mag 2022, 13:04

Oggetto : ISTRUZIONE OPERATIVA GESTIONE CARTELLA CLINICA PO RIVOLI 2 allegati

A : Andrea Muratore <amuratore@aslto3.piemonte.it>, Enrico ZANALDA <ezanalda@aslto3.piemonte.it>, Ferdinando VARBELLA <fvarbella@aslto3.piemonte.it>, Maria Rita CAVALLO <mrcavallo@aslto3.piemonte.it>, Marco ROLANDO <mrolando@aslto3.piemonte.it>, Paola Molino <pmolino@aslto3.piemonte.it>, Aniello Arbucci <aarbucci@aslto3.piemonte.it>, Dimitri Calleri <dcalleri@aslto3.piemonte.it>, Emanuele Tizzani <etizzani@aslto3.piemonte.it>, Enrico ZANALDA <ezanalda@aslto3.piemonte.it>, Franco Garofalo <fgarofalo@aslto3.piemonte.it>, Ferdinando VARBELLA <fvarbella@aslto3.piemonte.it>, Gabriele Molina <gmolina@aslto3.piemonte.it>, Giovanni Pivano <gpivano@aslto3.piemonte.it>, Giuliana Tognarelli <gtognarelli@aslto3.piemonte.it>, Mauro GARINO <magarino@aslto3.piemonte.it>, Michele Grio <mgrio@aslto3.piemonte.it>, Maura Millesimo <mmillesimo@aslto3.piemonte.it>, Marco Tampellini <mtampellini@aslto3.piemonte.it>, Paola Molino <pmolino@aslto3.piemonte.it>, Salvatore Amaru' <samaru@aslto3.piemonte.it>, Salvatore Stancati <sstancati@aslto3.piemonte.it>, Dario MAZZUCCO <dmazzucco@aslto3.piemonte.it>, Ferruccio Stanga <fstanga@aslto3.piemonte.it>, Francesco Tomassini <ftomassini@aslto3.piemonte.it>, Giuseppe Nazionale <gnazionale@aslto3.piemonte.it>, Massimiliano Parlanti <mparlantigarbero@aslto3.piemonte.it>, Roberto Alberico Denaro <rdenaro@aslto3.piemonte.it>, Rosario Vincenzo Tripodi <rtripodi@aslto3.piemonte.it>, Carla Rivoira <crivoira@aslto3.piemonte.it>, Daniela Dearca <ddearca@aslto3.piemonte.it>, Elena Serra <eserra@aslto3.piemonte.it>, Giovanna Massaro <gmassaro@aslto3.piemonte.it>, Giovanni Rivoira <grivoira@aslto3.piemonte.it>, Stella Volpe <svolpe@aslto3.piemonte.it>, Tiziana Leone <tleone@aslto3.piemonte.it>, Anna Maria Marra <amarra@aslto3.piemonte.it>, Anna Maria Racca <amracca@aslto3.piemonte.it>, Antonia Lombardi <anlombardi@aslto3.piemonte.it>, Amelia Platone <aplatone@aslto3.piemonte.it>, Alessandra Prone <aprone@aslto3.piemonte.it>, Barbara Troia <btroia@aslto3.piemonte.it>, Claudio Carlone <ccarlone@aslto3.piemonte.it>, Claudia Roca <croca@aslto3.piemonte.it>, Debora Artusio <dartusio@aslto3.piemonte.it>, Daniela Dearca <ddearca@aslto3.piemonte.it>, Daniela Fruscoloni <dfruscoloni@aslto3.piemonte.it>, Gianni Mancuso <gimancuso@aslto3.piemonte.it>, Giovanna Massaro <gmassaro@aslto3.piemonte.it>, Lara Della Valle <ldellavalle@aslto3.piemonte.it>, Luigia Sasso <lsasso@aslto3.piemonte.it>, Monica Giai Checa <mgiaicheca@aslto3.piemonte.it>, Monique Iafolla <miafolla@aslto3.piemonte.it>, Maria Letizia Vindrola <mlvindrola@aslto3.piemonte.it>, Morena Mauri <mmauri@aslto3.piemonte.it>, Marina Poli <mpoli@aslto3.piemonte.it>, Manuela Cristina Tognin <mtognin@aslto3.piemonte.it>, Manuela Vittori <mvittori@aslto3.piemonte.it>, Pierluigi Giambarresi <pgiambarresi@aslto3.piemonte.it>, Simona Rista

<srista@aslto3.piemonte.it>, Umberto Monzo
<umonzo@aslto3.piemonte.it>

Cc : Struttura QUALITA' RISCHIO CLINICO
<qualita.rischio.clinico@aslto3.piemonte.it>, Attività SEGRETERIA
FORMAZIONE <segreteria.formazione@aslto3.piemonte.it>

Buongiorno,
si invia in allegato per opportuna conoscenza e competenza nota pari oggetto.
Cordiali saluti.

LAMBERTO Carmela
Segreteria
S.C. Direzione Medica Rivoli
Tel. 011/9551242
e-mail dirsan.osp.rivoli@aslto3.piemonte.it

 **ISTRUZIONE OPERATIVA GESTIONE CARTELLA CLINICA PO RIVOLI.pdf**
61 KB

 **ISTRUZIONE OPERATIVA - ALLEGATI.pdf**
452 KB
