

Codice A1414D

D.D. 12 agosto 2022, n. 1507

Azienda Sanitaria Locale di Asti sita in via Conte Verde n. 125 ad Asti: 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 1507/A1400A/2022

DEL 12/08/2022

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

OGGETTO: Azienda Sanitaria Locale di Asti sita in via Conte Verde n. 125 ad Asti: accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 con la verifica dei requisiti previsti nella Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725

Premesso che,

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

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

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

Preso atto che,

la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome nella seduta del 20 dicembre 2012 ha sancito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome sul documento recante *“Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento”* Rep. Atti 259/CSR;

la sopraccitata Intesa:

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

- sancisce l'impegno di Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano a recepire l'Intesa medesima entro sei mesi dalla data della sua approvazione, stabilendo, al contempo, che le modalità e i tempi di adeguamento ai contenuti del predetto "*Disciplinare sulla revisione della normativa dell'accREDITamento*" saranno definiti, entro dicembre 2013, 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 AccredITanti 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. 27437 del 29 aprile 2022 (protocollo regionale n. 17044/A11414D del 05.05.2022) il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale di Asti sita in via Conte Verde n. 125 ad Asti 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. 66643 del 20 luglio 2022 (protocollo regionale n. 27792/A1414D del 21.07.2022) il Dirigente Responsabile dell’Organismo Tecnicamente Accreditante costituito presso l’ARPA Piemonte ha trasmesso la relazione finale di verifica accreditamento dell’Azienda Sanitaria Locale di Asti sita in via Conte Verde n. 125 ad Asti 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 17 e 18 maggio 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 trasmesso in data 06 luglio 2022 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;

IL DIRETTORE

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 Asti – ASL AT sita in via Conte Verde n. 125 ad Asti, 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*

IL DIRETTORE (A1400A - SANITA' E WELFARE)
Firmato digitalmente da Mario Minola

Allegato

Piano di adeguamento - accreditamento istituzionale 17 e 18 maggio 2022

Tipo	Codice cartella	Descrizione	Azione proposta	Data prevista	adeguamento - evidenze
NC	a	1.6.3 Non vi è evidenza del monitoraggio delle azioni di miglioramento (disservizi)	Adozione della Ida 100 MD <i>Azione correttiva e Ida 798 Non conformità e azioni correttive</i> in occasione di reclamo, con verifiche sull'efficacia delle azioni correttive messe in atto. Report periodico a partire dall'ultimo trimestre 2022.	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) modulo Ida 100 azione correttiva 2) modulo Ida 798 non conformità e azioni correttive
NC	b	1.6.4 – 5.1.3 Non è presente un documento, in cui siano chiariti i ruoli, le funzioni e responsabilità delle strutture che si occupano di comunicazione.	Predisposta una flow chart con definizione di responsabilità e funzioni coinvolte nel processo di comunicazione.	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) Ida 859 flow chart piano di comunicazione Il Piano di comunicazione sarà pronto entro un mese.
NC	c	2.2.4 – 2.2.6 La procedura aziendale per la sicurezza e la terapia farmacologica deve essere implementata con la previsione della ricognizione e riconciliazione farmacologica, secondo le raccomandazioni ministeriali, verificandone la corretta applicazione.	Aggiornato e pubblicato il <i>Testo Unico del Farmaco</i> con tutte le raccomandazioni ministeriali in tema di farmaci incluse. Richiesta ai Sistemi Informatici di inserire nella cartella clinica informatizzata una sezione dedicata alla ricognizione/ riconciliazione.	22/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) e mail dalla Ingegneria Clinica per adeguamento del sistema con previsione di campi dedicati di default 2) email del Risk manager: griglia ricognizione e riconciliazione farmacologica inserita su cartella clinica 3) Idp 313 - Testo Unico del Farmaco 4) Richiesta della Farmacia Ospedaliera ai Sistemi informatici per l'attuazione della griglia ricognizione e riconciliazione farmacologica.
NC	d	2.2.5 – 2.3.6 Fornire evidenza della verifica a campione della corretta compilazione della documentazione sanitaria utilizzata dal Distretto.	Predisposta una procedura per la verifica della documentazione del Distretto. Predisposta una check list per il controllo della documentazione sanitaria del Distretto.	21/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) Idp 312 Procedura per la verifica della documentazione sanitaria dei pazienti presi in carico dal Territorio 2) Ida860 Check List verifica documentazione sanitaria pazienti presi in carico dal Territorio
NC	e	3.1.1 Prevedere un documento che descriva dei criteri oggettivi sulla priorità degli interventi.	Aggiornata e pubblicata la procedura specifica con i criteri di priorità di interventi strutturali e HTA.	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) Idp 311 - Indirizzi Aziendali inerenti dispositivi medici ed apparecchi elettromedicali, con riferimento alla Raccomandazione Ministeriale N°9- al paragrafo 3.1.5 sono esplicitati i criteri di priorità per impianti e dispositivi elettromedicali
NC	f	4.2.1 – 4.2.2 La procedura aziendale per la gestione dell'inserimento del personale neoassunto/neoinserito deve contemplare non solo il personale del comparto infermieristico, ma deve essere estesa a tutto il personale della dirigenza medica e sanitaria, nonché il personale amministrativo e volontario.	Integrata la procedura neoassunto con istruzione specifica per Dirigente, Amministrativo e Volontario.	09/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) Idp 303_rev1 Inserimento e valutazione del neoassunto / neoinserito (dirigenza, comparto e volontario). Al paragrafo 3.1 si specifica che l'utilizzo della moduliistica è previsto anche nella valutazione di personale volontario. 2) Ida785 MD Modulo verifica neoassunti e volontari (paragrafo 3.1 Idp 303)
NC	g	5.2.2 Non è presente il Consigliere di Fiducia Aziendale, inoltre non sono presenti le relazioni e i verbali del CUG	Pubblicata la delibera che avvia la procedura di rinnovo CUG e nomina del Consigliere di Fiducia	17/06/2022	Obiettivo in corso di attuazione: 1) Si invia delibera 82 del 20/06/2022 che avvia procedura rinnovo CUG. Già individuato il Consigliere di Fiducia 2) Si inserisce a titolo di esempio uno dei verbali già mostrati ai verificatori in sede di visita ispettiva, quale evidenza delle attività effettuate in passato.
NC	h	8.1.3 Non è stata fornita l'evidenza della partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione.	Inserita nel format dei PDTA la dicitura "Il presente documento viene condiviso con la / le seguenti Associazioni di Volontariato: _____". Rinnovata la diffusione della procedura Consenso Informato ai Medici Ospedalieri. Adozione del modulo Ida 523 Pianificazione condivisa delle Cure della procedura Consenso Informato nella documentazione sanitaria dei pazienti in carico al Territorio.	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) Ida 5 allegata a Idp 5 - redazione procedure 2) email rinnovo diffusione modulo per pianificazione condivisa delle cure 3) Ida 523 pianificazione condivisa delle cure (allegato alla email al punto 2) 4) ida 860 Check list di verifica della cartella sanitaria del Distretto con richiamo alla Ida 523 5) esempio di Ida 523 compilata
OS	i	1.2.3 corretta e completa compilazione della "Scheda PRIMA"	Richiesto l'inserimento ai Sistemi Informatici dei parametri vitali di default come da progetto PRIMA nel cruscotto della cartella clinica e inserimento di alert per segnalare la mancata compilazione.	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) email di richiesta della Direzione Sanitaria 2) email Ingegneria Clinica per adeguamento del sistema con previsione di campi di default relativi ai parametri vitali e sistema di alert (progetto PRIMA)
OS	j	1.4.3 facilitare all'utenza l'accesso alle informazioni, all'interno del sito internet Aziendale, relative alla visualizzazione dei tempi d'attesa.	Inserite istruzioni per la ricerca nel sito.	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) screenshot pagina sito aziendale con istruzioni per la consultazione.
OS	k	2.1.1 – 2.1.2 formalizzare la gestione della Carta dei Servizi, indicandone la tempistica di aggiornamento, il coinvolgimento delle associazioni di volontariato ed evidenziando i diritti e doveri degli utenti (L.219/17).	Aggiornamento Carta dei Servizi con calendarizzazione e coinvolgimento Associazioni di volontariato	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) Carta dei servizi aggiornata con calendarizzazione di aggiornamenti periodici, condivisa con Associazioni Volontariato

Piano di adeguamento - accreditamento istituzionale 17 e 18 maggio 2022

Tipo	Codice cartella	Descrizione	Azione proposta	Data prevista	adeguamento - evidenze
OS	l	2.2.2 definire una tempistica di attuazione dei PDTA, visionati in bozza.	Allineamento con la tempistica prevista nel Piano Cronicità Regionale. Verbali di condivisione dei PDTA nell'ambito del nucleo e cabina di regia cronicità aziendale.	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: verbali PSDTA 1) Malattia cronica renale 2) BPCO 3) M. Parkinson 4) Scoppio cardiaco
OS	m	2.4.6 formalizzare la procedura per i MMG sull'appropriatezza prescrittiva.	Formalizzate le modalità operative già esistenti.	21/06/2022	1) appropriatezza prescrittiva MMG: comunicazione e istruzioni per MMG da Distretto a Farmacia Territoriale
OS	n	2.5.1 adottare misure per omogenizzare la documentazione sanitaria in particolare la cartella clinica e di rilevazione del dolore.	Mettere di default i parametri vitali nel cruscotto e aggiungere degli alert per gli infermieri per ricordare la registrazione dei parametri rilevati.	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) email di richiesta della Direzione Sanitaria 2) email Ingegneria Clinica per adeguamento del sistema con previsione di campi di default relativi ai parametri vitali e sistema di alert (progetto PRIMA)
OS	o	5.2.3 implementare il progetto benessere organizzativo (in itinere).	Progetto, iniziative in atto e da sviluppare	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) proposte di implementazione "Progetto benessere organizzativo" e "Procedura per l'ascolto e la mediazione dei conflitti". 2) questionario benessere - indagine sul supporto agli operatori sanitari (modello) 3) presentazione del centro ascolto psicologico
OS	p	5.3.4 inserire il modulo di volontà della donazione di organi e tessuti sul sito internet	Inserita la modulistica in rete	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) Schermata sito internet con istruzioni e link al modulo 2) modulo donazioni
OS	q	5.3.6 formalizzare la bozza di regolamento sulle sperimentazioni cliniche	Regolamento formalizzato	17/06/2022	1) Idp 314 Regolamento degli aspetti procedurali, amministrativi ed economici per la conduzione di ricerche e sperimentazioni cliniche.
OS	r	5.4.1 – 5.4.2 – 5.4.4 implementare la procedura aziendale per l'applicazione delle Pianificazione Condivisa Delle Cure (L. 219/17).	Diffusione della procedura Consenso Informato ai Medici Ospedalieri. Adozione dell' all. Ida 523 MD Pianificazione Condivisa Delle Cure nella documentazione sanitaria domiciliare del Distretto	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) email rinnovo diffusione modulo per pianificazione condivisa delle cure 2) Ida 523 pianificazione condivisa delle cure (allegato alla email al punto 2) 3) Ida 860 Check list di verifica della cartella sanitaria del Distretto con richiamo alla Ida 523 4) esempio di Ida 523 compilata
OS	s	5.5.2 implementare e formalizzare la procedura sull'ascolto e mediazione dei conflitti.	Procedura con attribuzione delle responsabilità	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) proposte di implementazione "Progetto benessere organizzativo" e "Procedura per l'ascolto e la mediazione dei conflitti". 2) questionario benessere - indagine sul supporto agli operatori sanitari (modello) 3) presentazione del centro ascolto psicologico
OS	t	6.2.1 verificare l'implementazione di tutte le raccomandazioni ministeriali in azienda.	Predisposizione griglia sinottica unica per la mappatura e il monitoraggio indicatori della Raccomandazioni Ministeriali.	21/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) Ida 101 - mappatura e monitoraggio indicatori Raccomandazioni Ministeriali
in parte	u	5.1.4 - dichiarato "in parte"	Evidenza di aver effettuato almeno una verifica di efficacia del sistema di comunicazione adottato.	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) Ida 859 flow chart piano di comunicazione Calendarizzata prima verifica nell'ultimo trimestre 2022.
in parte	v	5.2.1 - dichiarato "in parte"	Sistema di valutazione periodica del clima con periodicità definita. - Previsione di azioni di miglioramento in presenza di criticità.	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) proposte di implementazione "Progetto benessere organizzativo" e "Procedura per l'ascolto e la mediazione dei conflitti". 2) questionario benessere - indagine sul supporto agli operatori sanitari (modello) 3) presentazione del centro ascolto psicologico
in parte	w	5.3.3. - dichiarato "in parte"	Documento che definisce le modalità adottate per la comunicazione (responsabilità, tempi ...) a persone diverse dal paziente, compreso l'eventuale addestramento del caregiver (es. momento di formazione, incontro, schede valutazione NOCC...)	17/06/2022	Obiettivo soddisfatto: 1) Idp 48 procedura prevenzione cadute che prevede coinvolgimento attivo paziente/caregiver 2) Idp 300 istruzioni al paziente/ care-giver del paziente diabetico in terapia insulinica - educazione all'autosomministrazione 3) brochure e poster per l'empowerment del paziente e del care-giver
in parte	x	7.3.3.- dichiarato "in parte"	Previsione di indicatori di valutazione e monitoraggio per le attività innovative dell'Azienda (almeno 1/3 anni) nel piano strategico e/o nel documento di programmazione e/o in analogo documento	17/06/2022	Obiettivo in corso di attuazione: 1) comunicato stampa Cardiologia - nuovi strumentari 2) comunicato stampa Sala radiologica - nuovi strumentari 3) relazione Chirurgia Vascolare - radiofrequenze 4) ambulatorio long Covid - corso operatori Il monitoraggio delle nuove attività è calendarizzato a partire dall'ultimo trimestre 2022
in parte	y	7.3.4- dichiarato "in parte"	Progetti, accordi con strutture di ricerca e didattica, sperimentazioni cliniche, convenzioni,...	17/06/2022	1) elenco convenzioni con Università 2) Idp 314 Regolamento degli aspetti procedurali, amministrativi ed economici per la conduzione di ricerche e sperimentazioni cliniche.