

Codice A1414D

D.D. 7 settembre 2022, n. 1574

Azienda Sanitaria Locale di Cuneo, Mondovì e Savigliano - ASL CN1 sita in via Carlo Boggio n. 12 a Cuneo (CN): 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 1574/A1414D/2022

DEL 07/09/2022

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari

OGGETTO: Azienda Sanitaria Locale di Cuneo, Mondovì e Savigliano - ASL CN1 sita in via Carlo Boggio n. 12 a Cuneo (CN): 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 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. 102388 del 29 settembre 2020 il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale di Cuneo, Mondovì e Savigliano - ASL CN1 sita in via Carlo Boggio n. 12 a Cuneo (CN) ha trasmesso l’autovalutazione per la verifica di accreditamento ai sensi della Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725, aggiornandola con successiva nota prot. n. 4822 del 15.01.2020 (protocollo regionale n. 1156/A11414C del 16.01.2020) nel rispetto delle indicazioni regionali.

Con nota prot. n. 78693 del 31 agosto 2022 (protocollo regionale n. 31950/A1414D del 31.08.2022) il Dirigente Responsabile dell’Organismo Tecnicamente Accreditante costituito presso l’ARPA Piemonte ha trasmesso la relazione finale di verifica accreditamento dell’Azienda Sanitaria Locale CN2 sita in via Vida n. 10 ad Alba (CN) 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 13 e 14 ottobre 2021, 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 Cuneo, Mondovì e Savigliano - ASL CN1 sita in via Carlo Boggio n. 12 a Cuneo (CN), secondo l'articolazione dei servizi di diagnosi e cura rappresentata sull'applicativo

ARPE – Archivio Regionale Punti di Erogazione;

2. di disporre che l'accreditamento è soggetto a verifica periodica con cadenza non superiore a cinque anni e comunque ogni volta che si verifichino variazioni all'assetto autorizzato e accreditato;

3. di disporre che l'Azienda Sanitaria Locale indicata al punto 1. potrà erogare per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale l'attività oggetto di accreditamento alle condizioni previste dai provvedimenti attuativi regionali disposti in applicazione degli articoli 8 quinquies e 8 sexies del D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle restanti disposizioni statali in materia di programmazione economico-sanitaria e relativi atti regionali;

4. di far carico al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale indicata al punto 1. il rispetto delle tempistiche e delle azioni indicate nel piano di miglioramento allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, al fine di superare le non conformità minori indicate nel rapporto di verifica dell'Organismo Tecnicamente Accreditante;

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

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso ordinario entro il termine di 60 giorni innanzi al T.A.R. ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni, dalla notificazione o dalla intervenuta piena conoscenza.

La presente determinazione è soggetta a pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 12 ottobre 2010, n. 22.

*Il funzionario estensore
dott. Antonio Tricarico*

LA DIRIGENTE (A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari)

Firmato digitalmente da Silvia Martinetto

Allegato

Direttore Generale

Dr Giuseppe GUERRA

Telefono: 0171/450255-450256

Fax: 0171/1865270

E-mail: segreteria.direzione@aslcn1.it

Responsabile del procedimento: Dott.ssa Maria Teresa Giachino Amistà

Prot. n. n. 54356

Cuneo, 02/05/2022

Alla c.a.
Direzione dell'ARPA Piemonte e
Organismo Tecnicamente Accreditante
Via Pio VII, 9 – 10135 Torino
direzione@pec.arpa.piemonte.it

E,p.c. Direzione regionale "Sanità e Welfare"
- Settore "Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori"
Corso Regina Margherita, 153 Bis 10122 Torino
- Settore "Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria"
Corso Regina Margherita, 153 Bis 10122 Torino

Oggetto: Risposta al Rapporto di verifica (vs. prot. n. 86355 del 26 ottobre 2020)

Gent.mi,

con la presente si invia il Piano di adeguamento elaborato a seguito della visita ispettiva effettuata da ARPA Piemonte il 13 e 14 ottobre 2020. Per quanto riguarda le evidenze, queste vengono inviate tramite PEC all'indirizzo direzione@pec.arpa.piemonte.it con invii successivi alla presente.

Non conformità minori

2.5.1 In Azienda sono vigenti documenti che descrivono alcuni momenti della gestione della documentazione sanitaria: occorre predisporre una procedura complessiva che contenga indicazioni per la stesura, aggiornamento, conservazione e sicurezza nell'accesso della documentazione sanitaria (vedi anche 2.5.4).

Si invia PS_{DSP}017 Regolamento interno per la corretta compilazione della documentazione clinica nelle strutture semplici e complesse di diagnosi e cura

7.2.1 L'Azienda ha definito alcuni passaggi del percorso di acquisizione di nuove apparecchiature, occorre descriverlo nel suo complesso (rilevazione dei bisogni, selezione, acquisizione, ecc).

Si invia la PG_{SQ}039 Procedura per la valutazione, acquisizione e allocazione di nuove tecnologie e il DOC_{TEC}024 Flow chart acquisti tecnologie biomediche e attrezzature sanitarie

Indicazioni

1.2.2 Occorre monitorare nel suo complesso e unitariamente il processo di continuità assistenziale (dimissioni ospedaliere, presa in carico del Distretto, rete territoriale): fornita evidenza del monitoraggio a livello ospedaliero e di modulistica utilizzata a livello distrettuale

Si invia

1. mappatura del processo;
2. modulistica correlata per il NOCC e NDCC;
3. report segnalazioni.

1.2.3 È prevista la presa in carico da parte della U.O Cure Palliative dei pazienti segnalati dai medici di medicina generale:

1. occorre monitorare l'effettivo utilizzo dello strumento da parte dei MMG e la puntuale attivazione in caso di segnalazione.

2. Sono attivate numerose attività di prevenzione del dolore ed è stato individuato il Comitato "Ospedale senza dolore": occorre che questo pianifichi la propria attività.

Si invia:

1. relazione di monitoraggio a cura del referente cure palliative;
2. delibera costituzione Comitato "Ospedale senza dolore".

1.4.2 Vengono svolte periodiche pulizie delle liste di attesa (visti alcuni esempi): occorre procedere questa attività.

Si invia quanto utilizzato in azienda per la gestione delle liste d'attesa:

- DOC_{CUP}001 Disposizioni agli operatori per la Gestione Code;
- DOC_{CUP}002 Gestione prenotazioni;
- Relazione Piano Attuativo Aziendale CN1.

1.5.5 L'Azienda monitora la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati: è richiesta la diffusione dei risultati di questo monitoraggio anche all'esterno dell'Azienda

Si inviano documenti agli atti: Bilancio di missione e di mandato, Giornate della Trasparenza, screenshot pagine internet Sito customer e Relazione annuale Risk Management.

1.5.7 La struttura ha sviluppato l'analisi prevista dal progetto "Cartorisk" per alcuni percorsi: occorre strutturare e realizzare le conseguenti azioni di miglioramento (dandosi anche le relative scadenze)

Si inviano piani di miglioramento "Cartorisk 2018-2019", relativi agli anni 2019-2020-2021

1.6.1 Per la raccolta e tracciabilità dei disservizi e delle conseguenti azioni migliorative, la struttura utilizza lo strumento delle Non Conformità nelle strutture certificate: è opportuno estenderlo a tutte le strutture

Si inviano le rilevazioni delle non conformità delle strutture che hanno attivato lo strumento nel 2021: Laboratorio Analisi e Blocchi operatori.

Si prevede di implementare annualmente l'utilizzo dello strumento.

1.6.4 In specifico documento, l'Azienda ha definito la propria procedura di comunicazione esterna. Occorre completarla individuando tutti i soggetti/funzioni deputate a tale attività e le conseguenti attività (ad es. è da includere la Direzione Generale)

Si inviano PIANO DI COMUNICAZIONE 2021 – 2023 / ANNO 2022 e la Delibera n. 41 del 03/02/2022 di adozione."

1.6.5 È stata condotta una accurata analisi dei rischi per il servizio ADI: occorre estendere l'analisi ad altri importanti processi (selezionati per rilevanza e frequenza)

Nell'autunno 2021 è stato implementato il Cartorisk del percorso chirurgico. Si invia quanto agli atti fino ad oggi.

2.2.1 È stato predisposto un PDTA per la BPCO: occorre procedere alla raccolta dei dati per alimentare gli indicatori.

Molti dei PDTA visionati contengono dei criteri di eleggibilità clinica e di setting: occorre provvedere dove non presenti (esempio PDTA ICTUS)

Si inviano:

- Relazione dati relativa al monitoraggio PDTA BPCO
- Revisione Format PDTA con criteri di eleggibilità

2.2.6 Viene effettuato il monitoraggio dei PDTA oncologici: occorre estendere lo stesso anche a PDTA relativi ad altre patologie

Per quanto riguarda i PDTA monitorati, è da segnalare che vengono tenuti sotto controllo i dati relativi ai percorsi del PNE.

Ulteriori PDTA saranno tenuti sotto controllo nel 2022:

- PDTA_{DSM_INTERAZIENDALE}001 "Intercettazione precoce per la presa in carico del disagio psichico perinatale e per la prevenzione della depressione post-partum";
- PDTA_{SSAN}002 Proposta di gestione PDTA pancreatite acuta;
- PDTA_{DCH}001 percorso E.R.A.S. in CHIRURGIA COLORETTALE - fast track
- PDTA_{PEDSV}201 polmoniti di comunità in età pediatrica;
- PDTA_{INTERAZIENDALE}001 Ictus Cerebrale Ischemico: percorso interaziendale della Fase Acuta

2.4.3 Occorre coinvolgere, in modo sistematico e continuativo, i pazienti e familiari (e/o associazioni di pazienti e familiari) nella valutazione del percorso di cura

Si invia la PG_{SQ}023 "Linee Indirizzo per un Modello di Partecipazione in Sanita". Nel 2021 sono state intraprese iniziali attività di coinvolgimento. Si invia Poster "Come si entra in ospedale in tempo di pandemia con coinvolgimento dei rappresentanti dei cittadini" e GANTT del Progetto "Focus Group con i cittadini sulle schede informative".

2.5.5 In sede di verifica si sono riscontrate attività di controllo sulla qualità della documentazione sanitaria: occorre rivalutare l'estensione dei controlli al fine di renderli maggiormente significativi.

Si invia report strutture che hanno effettuato la valutazione delle cartelle cliniche. Nel 2022 si implementerà la valutazione delle cartelle cliniche.

4.1.5 In caso di aggiornamento all'esterno dell'Azienda, è prevista una relazione al riguardo all'ufficio formazione: è da prevedere anche la condivisione all'interno della struttura delle conoscenze acquisite all'esterno (in quali casi, come, quali evidenze, ecc) Procedura che regolamenti la formazione esterna con particolare riferimento al momento della condivisione delle conoscenze acquisite all'interno dell'azienda (modalità strumenti, monitoraggio a cura di...)

Si invia procedura PS_{FORM}012 gestione formazione fuori sede e il format Verbale Dipartimento/Struttura con previsione nell'Ordine del giorno della condivisione della formazione acquisita.

5.2.2 Sono stati individuati CUG, consigliera di fiducia e sportello di ascolto: occorre riesaminarne e pubblicizzarne gli ambiti di competenza (per lo sportello di ascolto occorre anche definire e pubblicizzare le modalità di accesso, vedi anche 5.2.3).

Si veda il link <https://www.provincia.cuneo.it/pari-opportunita/consigliera-parita-provinciale> per Consigliera di parità della Provincia di Cuneo.

5.3.1 Occorre prevedere il coinvolgimento delle associazioni nella stesura ed aggiornamento della carta dei servizi

La Carta dei Servizi è stata presentata ai rappresentati nei cittadini all'interno della Commissione Mista Conciliativa Aziendale.

5.3.3 Sono previsti diversi momenti di comunicazione col paziente (ad es. per il consenso informato): occorre descrivere le modalità di comunicazione ed i contenuti della stessa per l'intero episodio di ricovero

Si invia la PG_{SQ}037 "Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver"

5.5.3 Sono state svolte nel tempo diverse attività di monitoraggio della customer satisfaction: occorre descriverla (che cosa, come, quando, che responsabilità)

Si invia la procedura aziendale PS_{URP}001 Monitoraggio della qualità percepita: indagine di customer satisfaction

6.1.3 Il sistema di gestione aziendale ha predisposto un insieme di procedure, istruzioni, PDTA, ecc: occorre garantirne un adeguato aggiornamento (sulla base di tempistiche predefinite)

Si invia la documentazione relativa al progetto MCQ Gestione Documenti (Access)

6.2.1 In Azienda sono attive due strutture che si occupano rispettivamente delle attività di prevenzione del rischio clinico e del controllo delle infezioni correlate all'assistenza (al momento tutte e due in capo allo stesso Dirigente): occorre favorire l'integrazione delle loro attività

Si invia la delibera 313 del 12/05/2021 "APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA DI ATTIVITA' RISK MANAGEMENT/I.C.A. PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE E LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO E DEL RISCHIO INFETTIVO CORRELATO ALL'ASSISTENZA - ANNO 2021", da cui si evince l'integrazione del piano Risk e piano CIO

6.4.4 Occorre predisporre delle procedure che disciplinino il coinvolgimento del paziente nella gestione del rischio

Si invia la PG_{sq}023 Linee di indirizzo per un modello di partecipazione in sanità e un esempio di applicazione, il Progetto "Aiutaci a Curarti" e Focus Group (vedi requisito 2.4.3)

7.3.3 Si raccomanda, in caso di adozione di significative innovazioni tecnologiche o organizzative, di definire preventivamente gli strumenti per il monitoraggio/valutazione della loro efficacia (ad es. mediante indicatori).

Si invia la PG_{sq}038 Gestione delle innovazioni tecnologiche ed organizzative (CHANGE MANAGEMENT) e relativa modulistica

8.1.2 La struttura ha organizzato alcuni corsi sulla comunicazione delle cattive notizie e dei decessi: sarebbe opportuno tradurre in istruzioni operative quelle indicazioni.

Si invia le procedure inerenti alla comunicazione in Azienda:

- PG_{sq}037 Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con i pazienti e caregiver
- PG_{sq}024 Comunicazione interna degli eventi avversi
- PG_{sq}033 Comunicazione esterna in caso di evento avverso
- DOC_{sq}019 Spikes: un percorso in 6 fasi

Requisiti soddisfatti in parte

1.5.3 Evidenza *"Impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, mortality & morbidity review"*

Indicatore *"Evidenza di report sulle attività effettuate (es. verbali, rapporti, azioni correttive, piani di miglioramento) almeno un'attività all'anno oltre a quelle previste dalla legge individuata a seguito dell'analisi delle criticità"*

- Prora: dal 2014 è realizzato il Progetto Regionale in Oncoematologia di assessment sulla Raccomandazione 14 per i farmaci Antineoplastici – PRORA, ultima rilevazione 2021 (si allega poster)
- Audit dolore: controllo del dolore acuto post-operatorio (DAP) in 3 reparti chirurgici (maggio 2021)
- Audit percorso trasfusionale: nel 2018, 2019, 2021 sono stati condotti audit sul percorso trasfusionale (strutturati in un percorso formativo) nelle strutture che applicano il percorso, a seguito del bisogno formativo e delle NNCC rilevate dei SIMT nel periodo precedente la formazione
- AUDIT Tonsillectomia (si allega verbale e analisi dati)
- verifica della cartellonistica di emergenza (numeri chiamata urgenza 2222 e piantine via d'uscita)
- Audit PNE Ortopedia Mondovì
- Predisposto format "mortality & morbidity".

Si allega piano audit aziendale 2021.

2.3.1 Evidenza *“Definizione delle responsabilità per la supervisione dell’assistenza per tutta la durata della degenza”*

Indicatore *“Esplicitazione del modello organizzativo adottato (presenza del/i documento/i) verifica a campione dell’applicazione del/dei modelli definiti”*

È stato predisposto un format per la “Presenza in carico del paziente e modello assistenziale” ed è stato sperimentato in alcune strutture. Nel 2022 si estenderà alle strutture rimanenti.

4.2.1 Evidenza *“Messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale - neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario”*

Indicatore *“Presenza di una modalità strutturata per la gestione del nuovo personale”*

Si invia la PG_{SQ}028 Accoglienza e orientamento in azienda del personale neoassunto, DOC_{SQ}011 Vademecum neoassunto, MOD_{MDL}503 Consegna manuali neoassunti

4.2.2 Evidenza *“Formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell’idoneità al ruolo dei neo assunti”*

Indicatore *“Presenza delle registrazioni di avvenuta accoglienza, affiancamento/addestramento e valutazione del nuovo personale (es. schede di affiancamento)”*

Vedi 4.2.1 e si invia modulistica.

4.2.4 Evidenza *“Valutazione dell’efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l’eventuale miglioramento degli stessi se necessario”*

Indicatore *“Evidenza del riesame delle attività svolte (report dei questionari...) ed eventuali modifiche apportate”*

La struttura SS Formazione Sviluppo Competenze e Qualità effettua annualmente il riesame delle attività svolte, valutando l’esito rilevato dai questionari di apprendimento e riprogrammando corsi per l’anno successivo (in presenza o come FAD). Si invia riesame 2019 e 2020

5.4.4 Evidenza *“Valutazione dell’efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver ed i miglioramenti degli stessi se necessario”*

Indicatore *“Evidenza della revisione/ridiscussione dei contenuti dei documenti di cui ai punti 5.4.1 e 5.4.2”*

Si invia PG_{SQ}023 "Linee Indirizzo per un Modello di Partecipazione in Sanita" e GANTT relativo alla valutazione con i cittadini delle schede informative attivato nel 2021

Osservazioni

2.2.5 Completare il dossier sanitario elettronico

Il Sistema Informativo Ospedaliero è già strutturato per consentire la presa in carico all’interno del processo di cura garantendo il trasferimento delle informazioni, secondo i principi della protezione dei dati, tra i diversi reparti coinvolti. Vi è un passaggio di informazioni dal Pronto Soccorso al reparto che procede al ricovero del paziente, così come i medici chiamati in consulenza per un ricoverato possono attingere ai dati del ricovero. Dal punto di vista tecnico, è già predisposto l’applicativo per la raccolta del consenso alla costituzione del dossier sanitario.

Sono in corso le attività di alimentazione del repository clinico con i documenti firmati digitalmente relativi a lettere di dimissione ospedaliera e verbali di pronto soccorso, sono in corso le attività a cura delle direzioni sanitarie di consegna delle firme digitali ai medici e di contestuale sensibilizzazione nell’uso delle stesse.

Come da indicazioni regionali, l’ASLCN1 ha avviato già da tempo le procedure per la consegna on line dei referti di laboratorio analisi, referti e immagini di radiologia, referti di diabetologia e referti di oncologia secondo il sistema ROL.

Inoltre, seguendo il cronoprogramma regionale i referti di laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, referti di diabetologia sono immessi nel Fascicolo sanitario elettronico, che costituisce il dossier di raccolta delle informazioni del paziente in modo elettronico.

L'attivazione del dossier sanitario è subordinato al piano organizzativo delle direzioni sanitarie che definisca i tempi, le modalità operative e il piano formativo per la raccolta del consenso e l'utilizzo dello strumento informatico

3.2.5 Formazione/addestramento prevedendo anche di ripeterla per il neoassunto/neo-inserito. Tracciabilità dell'avvenuta formazione

Si invia PG_{SQ}028 Accoglienza e orientamento in azienda del personale neoassunto, IO_{TEC}004 COLLAUDO APPARECCHIATURE e IO_{TEC}005 DISMISSIONE APPARECCHIATURE

5.4.2 Implementare le schede informative

Si invia elenco delle schede informative di prima emissione dal 15/10/20 al 30/10/2021.

Per eventuali chiarimenti rivolgersi a:

Funzione Qualità ASL CN1 – Dott.ssa Maria Teresa Giachino Amistà

Telefono: 0172/719394

E-mail: qualita@aslcn1.it

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr Giuseppe GUERRA
(firmato digitalmente ai sensi del D.lgs. 82/2005)

Rapporto di verifica 26/10/2020: PIANO DI ADEGUAMENTO ASL CN1

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	NC/R/I	DESCRIZIONE O.T.A. (da rapporto di verifica)	Azioni migliorative	Responsabilità	Tempistiche
1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	1.2.2	Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialita, semiresidenzialita, domiciliarita) e promozione di modelli di continuita, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuita assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di documenti formalizzati che esplicitino le modalità adottate (lettere, procedure, regolamenti, flow-chart) per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio √ Diffusione dei documenti formalizzati con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ecc..) √ Documentazione della valutazione effettuata sul paziente √ Modulistica utilizzata per l'attivazione della continuità assistenziale 	I	Occorre monitorare nel suo complesso e unitariamente il processo di continuità assistenziale (dimissioni ospedaliere, presa in carico del Distretto, rete territoriale) : fornita evidenza del monitoraggio a livello ospedaliero e di modulistica utilizzata a livello distrettuale	<ul style="list-style-type: none"> 1) Analisi del processo di continuità assistenziale con NOCC e NDCC 2) Revisione della modulistica necessaria al monitoraggio del processo di continuità assistenziale (form condiviso NOCC e NDCC come da verbale). 3) Confronto con NOCC e NDCC per implementazione/ sistematizzazione raccolta dati 4) Condivisione dati con rappresentanti dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri 	<ul style="list-style-type: none"> 1) NOCC, NDCC 2) Funzione Qualità 3,4) NOCC, NDCC, Funzione Qualità, Sistema informativo territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> 1) concluso entro il 31/10/2021 2) concluso entro il 31/12/2021 3) 30/09/2022 4) 31/12/2022
1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	1.2.3	Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di circolari attuative della normativa √ Scale di valutazione √ Protocolli antalgici √ Iniziative del comitato ospedale e territorio senza dolore, se presente 	I	E' prevista la presa in carico da parte della U.O Cure Palliative dei pazienti segnalati dai medici di medicina generale: <u>1 occorre monitorare l'effettivo utilizzo dello strumento da parte dei MMG e la puntuale attivazione in caso di segnalazione.</u> 2. Sono attivate numerose attività di prevenzione del dolore ed è stato individuato il Comitato "Ospedale senza dolore": <u>occorre che questo pianifichi la propria attività.</u>	<ul style="list-style-type: none"> 1) relazione di monitoraggio a cura del referente cure palliative; 2) delibera costituzione Comitato "Ospedale senza dolore". 3) Pianificazione attività del Comitato Ospedale senza dolore. 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Responsabile Hospice 2) Direttore Sanitario d'Azienda 3) Comitato Ospedale senza dolore 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Concluso 2) Concluso a Marzo 2022 3) Entro il 30/09/2022
1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	1.4.2	Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	√ Presenza di protocolli o procedure anche informatiche, regolamenti che specifichino indirizzi operativi (definizione di classi di priorità)	I	Vengono svolte periodiche pulizie delle liste di attesa (visti alcuni esempi): occorre proceduralizzare questa attività.	Si invia quanto utilizzato in azienda per la gestione delle liste d'attesa: • DOC _{CUP} 001 Disposizioni agli operatori per la Gestione Code • DOC _{CUP} 002 Gestione prenotazioni • Relazione Piano Attuativo Aziendale CN1	////	////
1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	1.5.3	Impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, <i>mortality & morbidity review</i>	√ Evidenza di report sulle attività effettuate (es. verbali, rapporti, azioni correttive, piani di miglioramento) almeno un'attività all'anno oltre a quelle previste dalla legge individuata a seguito dell'analisi delle criticità	IN PARTE	////	<ul style="list-style-type: none"> 1) Presenza di report sulle attività effettuate: PRORA, Piano Audit. 2) Predisposto format Mortality e Morbidity.. 3) Compilazione e restituzione dei risultati. 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Direttori di Struttura, Risk Management, Qualità 2) Qualità 3) Direttori di Struttura, Risk Management, Qualità 	<ul style="list-style-type: none"> 1) fatto 2) fatto 3) Entro il 31/12/2022
1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	1.5.5	Esistenza di procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza)	√ Evidenza di avvenuta comunicazione (es: CAP, internet,...)	I	L'Azienda monitora la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati : è richiesta la diffusione dei risultati di questo monitoraggio anche all'esterno dell'Azienda	Documenti agli atti: Bilancio di missione e di mandato, Giornate della Trasparenza, screenshot pagine internet Sito customer e Relazione annuale Risk Management.	////	////
1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	1.5.7	Utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance	√ Documento da cui si evincano le azioni correttive intraprese in presenza di criticità	I	La struttura ha sviluppato l'analisi prevista dal progetto "Cartorisk" per alcuni percorsi: occorre strutturare e realizzare le conseguenti azioni di miglioramento (dandosi anche le relative scadenze)	Presenza piani di miglioramento "Cartorisk 2018-2019", relativi agli anni 2019-2020-2021	////	////

Rapporto di verifica 26/10/2020: PIANO DI ADEGUAMENTO ASL CN1

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	NC/R/I	DESCRIZIONE O.T.A. (da rapporto di verifica)	Azioni migliorative	Responsabilità	Tempistiche
1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.1	Procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami/disservizi/elogi/suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc...)	I	Per la raccolta e tracciabilità dei disservizi e delle conseguenti azioni migliorative, la struttura utilizza lo strumento delle Non Conformità nelle strutture certificate: è opportuno estenderlo a tutte le strutture	Implementazione dello strumento della rilevazione delle non conformità: 1) nel 2021 a: Laboratorio Analisi, blocchi operatori 2) nel 2022: implementazione annuale	Funzione Qualità, Risk Management	1) fatto al 31/12/2021 2) entro 31/12/2022
1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.4	Procedura di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini	√ Presenza di un documento nel quale siano chiariti ruoli, funzioni e responsabilità delle diverse Strutture che si occupano di comunicazione (es. regolamento di pubblica tutela)	I	In specifico documento l'Azienda ha definito la propria procedura di comunicazione esterna. Occorre completarla individuando tutti i soggetti/funzioni deputate a tale attività e le conseguenti attività (ad es. è da includere la Direzione Generale)	PIANO DI COMUNICAZIONE 2021 – 2023 / ANNO 2022 adottato con delibera 41 del 03/02/2022	////	////
1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.5	Attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verificano disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente).	√ Evidenza di analisi di almeno un processo critico, anche a seguito di quanto previsto al punto 1.6.2	I	E' stata condotta una accurata analisi dei rischi per il servizio ADI: occorre estendere l'analisi ad altri importanti processi (selezionati per rilevanza e frequenza)	Implementato CARTORISK PERCORSO CHIRURGICO a Ottobre 2021	////	////
2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	2.2.1	Formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti	√ Presenza nei PDTA o in regolamenti aziendali (es. Day Surgery) dei criteri di eleggibilità dei pazienti	I	E' stato predisposto un PDTA per la BPCO: occorre procedere alla raccolta dei dati per alimentare gli indicatori; Molti dei PDTA visionati contengono dei criteri di eleggibilità clinica e di setting: occorre provvedere dove non presenti (esempio PDTA ICTUS)	• Relazione dati relativa al monitoraggio PDTA BPCO • Revisione Format PDTA con criteri di eleggibilità	////	////
2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	2.2.5	Gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura	√ Presenza dei documenti predisposti e verifica a campione della loro compilazione nella documentazione sanitaria	O	Completare il dossier sanitario elettronico	Vedere quanto riportato sulla lettera "Risposta al Rapporto di verifica (vs. prot. n. 86355 del 26 ottobre 2020)"	////	////
2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	2.2.6	Verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario	√ Evidenza della valutazione e dell'eventuale revisione di almeno un PDTA o di un'attività/procedura a valenza trasversale (es. dolore, riconciliazione)	I	Viene effettuato il monitoraggio dei PDTA oncologici: occorre estendere lo stesso anche a PDTA relativi ad altre patologie	Per quanto riguarda i PDTA monitorati, è da segnalare che vengono tenuti sotto controllo i dati relativi ai percorsi del PNE. Ulteriori PDTA saranno tenuti sotto controllo nel 2022: • PDTA _{DSM_INTERAZIENDALE} 001 "Intercettazione precoce per la presa in carico del disagio psichico perinatale e per la prevenzione della depressione post-partum"; • PDTA _{SSAN} 002 Proposta di gestione PDTA pancreatite acuta; • PDTA _{DCH} 001 percorso E.R.A.S. in CHIRURGIA COLORETTALE - fast track • PDTA _{PEDSV} 201 polmoniti di comunità in età pediatrica; • PDTA _{INTERAZIENDALE} 001 Ictus Cerebrale Ischemico: percorso interaziendale della Fase Acuta	Direttori Strutture interessate / Funzione Qualità	Entro il 31/12/2022

Rapporto di verifica 26/10/2020: PIANO DI ADEGUAMENTO ASL CN1

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	NC/R/I	DESCRIZIONE O.T.A. (da rapporto di verifica)	Azioni migliorative	Responsabilità	Tempistiche
2.3 Continuità assistenziale	2.3.1	Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	√ Esplicitazione del modello organizzativo adottato (presenza del/i documento/i) verifica a campione dell'applicazione del/dei modelli definiti	IN PARTE	////	1) Rilevazione dei documenti del modello organizzativo adottato nelle strutture aziendali 2) Elaborazione del format aziendale per la "Presenza in carico del paziente e modello assistenziale" 3) Richiesta del format compilato alle strutture rimanenti	Direzione Sanitaria d'Azienda, SC Direzione Professioni sanitarie, Funzione Qualità	1) concluso entro il 30/06/2021 2) concluso entro il 31/12/2021 3) 31/12/2022
2.4 Il monitoraggio e la valutazione	2.4.3	Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari	√ Evidenza di incontri con associazioni di pazienti e familiari nella redazione del PDTA √ Evidenza di iniziative di coinvolgimento di pazienti e familiari (es. CAP, lettere ad associazioni, ...)	I	Occorre coinvolgere, in modo sistematico e continuativo, i pazienti e familiari (e/o associazioni di pazienti e familiari) nella valutazione del percorso di cura	Elaborata PGSQ023 "Linee Indirizzo per un Modello di Partecipazione in Sanita" e intraprese attività di coinvolgimento. Si invia Poster "Come si entra in ospedale in tempo di pandemia con coinvolgimento dei rappresentanti dei cittadini" e GANTT del Progetto "Focus Group con i cittadini sulle schede informative".	////	////
2.5 La modalità di gestione della documentazione sanitaria	2.5.1	Formalizzazione e messa in atto di un protocollo che definisca i requisiti per la redazione, l'aggiornamento la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo	√ Presenza di documento contenente le indicazioni per la stesura, emissione, revisione, validazione dei documenti (es. protocolli, procedure, istruzioni di lavoro, percorsi diagnostici terapeutici,.....) √ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (es. lettera, Intranet, Internet,...) √ Monitoraggio della loro applicazione (almeno per quanto riguarda la valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche)	NC	In Azienda sono vigenti documenti che descrivono alcuni momenti della gestione della documentazione sanitaria: occorre predisporre una procedura complessiva che contenga indicazioni per la stesura, aggiornamento, conservazione e sicurezza nell'accesso della documentazione sanitaria (vedi anche 2.5.4).	Elaborata procedura specifica PS _{DSP} 017 Regolamento interno per la corretta compilazione della documentazione clinica nelle strutture semplici e complesse di diagnosi e cura	////	////
2.5 La modalità di gestione della documentazione sanitaria	2.5.5	Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario	√ vedi punto 2.5.1 presenza di report e di eventuali Azioni Correttive (AC)	I	In sede di verifica si sono riscontrate attività di controllo sulla qualità della documentazione sanitaria: occorre rivalutare l'estensione dei controlli al fine di renderli maggiormente significativi.	1) Presenza report strutture che hanno effettuato la valutazione delle cartelle cliniche. 2) Nel 2022 si implementerà la valutazione delle cartelle cliniche.	1) Coordinamento Distretti e Strutture 2) Direttori di Struttura, Funzione qualità, Risk Management	1) fatto entro il 30/06/2021 2) Entro 31/12/2022
3.2 Gestione e manutenzione delle attrezzature	3.2.5	Programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore	√ Programma/attività di formazione/addestramento √ Registrazione delle presenze alle iniziative adottate	O	Formazione /addestramento prevedendo anche di ripeterla per il neo assunto /neo inserito..Tracciabilità dell'avvenuta formazione	Presenza PG _{SQ} 028 Accoglienza e orientamento in azienda del personale neoassunto, IO _{TEC} 004 COLLAUDO APPARECCHIATURE e IO _{TEC} 005 DIMISSIONE APPARECCHIATURE	////	////
4.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.5	Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura	√ Presenza di un documento che preveda la condivisione delle conoscenze acquisite al di fuori dell'Azienda, ma con onere a carico della stessa, ed esempio di avvenuta condivisione (es. attivazione corsi, incontri riunioni...)	I	In caso di aggiornamento all'esterno dell'Azienda, è prevista una relazione al riguardo all'ufficio formazione: è da prevedere anche la condivisione all'interno della struttura delle conoscenze acquisite all'esterno (in quali casi, come, quali evidenze, ecc) Procedura che regolamenti la formazione esterna con particolare riferimento al momento della condivisione delle conoscenze acquisite all'interno dell'azienda (modalità strumenti, monitoraggio a cura di....)	Presenza di PSFORM012 Gestione formazione fuori sede e del format Verbale Dipartimento/Struttura con previsione nell'Ordine del giorno della condivisione della formazione acquisita	////	////

Rapporto di verifica 26/10/2020: PIANO DI ADEGUAMENTO ASL CN1

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	NC/R/I	DESCRIZIONE O.T.A. (da rapporto di verifica)	Azioni migliorative	Responsabilità	Tempistiche
4.2 Inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.1	Messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale - neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario	√ Presenza di una modalità strutturata per la gestione del nuovo personale	IN PARTE	////	Presenza di PG _{SO} 028 Accoglienza e orientamento in azienda del personale neoassunto, DOC _{SO} 011 Vademecum neoassunto MOD _{MDL} 503 Consegna manuali neoassunti	////	////
4.2 Inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.2	Formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell' idoneità al ruolo dei neo assunti	√ Presenza delle registrazioni di avvenuta accoglienza, affiancamento/addestramento e valutazione del nuovo personale (es. schede di affiancamento)	IN PARTE	////	vedi 4.2.1 ; presenza di relativa modulistica	////	////
4.2 Inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.4	Valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	√ Evidenza del riesame delle attività svolte (report dei questionari,...) ed eventuali modifiche apportate	IN PARTE	////	La struttura SS Formazione Sviluppo Competenze e Qualità effettua annualmente il riesame delle attività svolte, valutando l'esito rilevato dai questionari di apprendimento del neoassunto e programmando corsi obbligatori per l'anno successivo (presenza o in FAD).	////	////
5.2 Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori	5.2.2	Implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale	√ Comitato Unico di Garanzia (CUG), consigliere di fiducia, sportello di ascolto	I	Sono stati individuati CUG, consigliera di fiducia e sportello di ascolto: occorre riesaminarne e pubblicizzarne gli ambiti di competenza (per lo sportello di ascolto occorre anche definire e pubblicizzare le modalità di accesso, vedi anche 5.2.3).	Consigliera di Parità provinciale di cui alla pagina istituzionale: https://www.provincia.cuneo.it/pari-opportunita/consigliera-parita-provinciale	////	////
5.3 Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	5.3.1	Disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza	√ Presenza della Carta dei Servizi o di analogo documento anche informatico √ Sua disponibilità per l'utenza almeno con una modalità dimostrabile (invio a casa, pubblicazione in Internet, consultabile presso URP o altro punto in Azienda...) vedi punti 2.1.1 e 2.1.2	I	Occorre prevedere il coinvolgimento delle associazioni nella stesura ed aggiornamento della carta dei servizi	La Carta dei Servizi è stata presentata ai rappresentanti nei cittadini all'interno della Commissione Mista Conciliativa Aziendale.	////	////
5.3 Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	5.3.3	Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver	√ Presenza di un documento che definisca le modalità adottate per la comunicazione (responsabilità, tempi ...) a persone diverse dal paziente, compreso l'eventuale addestramento del caregiver (es. momento di formazione, incontro,schede valutazione NOCC...)	I	Sono previsti diversi momenti di comunicazione col paziente (ad es. per il consenso informato): occorre descrivere le modalità di comunicazione ed i contenuti della stessa per l'intero episodio di ricovero	Elaborazione della PG _{SO} 037 "Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver"	////	////
5.4 Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	5.4.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato	√ Linee di indirizzo/procedura per l'acquisizione del consenso	O	Implementare le schede informative	Presenza elenco delle schede informative di prima emissione dal 15/10/20 al 30/10/2021	////	////
5.4 Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	5.4.4	Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver ed i miglioramenti degli stessi se necessario	√ Evidenza della revisione/ridiscussione dei contenuti dei documenti di cui ai punti 5.4.1 e 5.4.2	IN PARTE	////	Presenza PG _{SO} 023 "Linee Indirizzo per un Modello di Partecipazione in Sanita" e GANTT relativo alla valutazione con i cittadini delle schede informative attivato nel 2021 (vedi 2.4.3)	////	////

Rapporto di verifica 26/10/2020: PIANO DI ADEGUAMENTO ASL CN1

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	NC/R/I	DESCRIZIONE O.T.A. (da rapporto di verifica)	Azioni migliorative	Responsabilità	Tempistiche
5.5 Modalità di ascolto dei pazienti	5.5.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di <i>customer satisfaction</i>)	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami, disservizi, elogi, suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc....)	I	Sono state svolte nel tempo diverse attività di monitoraggio della customer satisfaction: occorre descriverla (che cosa, come, quando, che responsabilità)	Elaborata PS _{URP} 001 Monitoraggio della qualità percepita: indagine di customer satisfaction	////	////
6.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze	6.1.3	Aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili	√ Evidenza che i documenti citati siano stati aggiornati nel tempo	I	Il sistema di gestione aziendale ha predisposto un insieme di procedure, istruzioni, PDTA, ecc: occorre garantirne un adeguato aggiornamento (sulla base di tempistiche predefinite)	Presenza documentazione relativa al progetto MCQ Gestione Documenti (Access)	////	////
6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	6.2.1	Esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempra ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione	√ Presenza di un Comitato (Comitato infezioni associate assistenza sanitaria) multi professionale e multidisciplinare adeguato alle caratteristiche dell'istituzione, proprio o in convenzione con enti/professionisti esterni presenza di uno o più documenti con le caratteristiche indicate nel requisito √ Presenza di documentazione relativa ad attività di sorveglianza, pianificate annualmente, controllo e formazione coerenti con i rischi prevalenti identificati nella struttura, ad esempio: procedure di isolamento, controllo delle resistenze microbiche, disinfezione, sterilizzazione, lavaggio mani, gestione rifiuti, prevenzione delle infezioni chirurgiche, urinarie, batteriemie, polmoniti nosocomiali, tutela dal rischio infettivo per i lavoratori, gestione epidemie. √ Evidenza del coinvolgimento dei pazienti nelle strategie preventive (P5.6) √ Presenza di attività inerenti la gestione del rischio clinico che tengano anche conto delle indicazioni fornite dai documenti emessi dal Ministero della Salute e dalla Regione (implementazione di Raccomandazioni, Linee Guida o di indirizzo, Manuali, progetti di miglioramento, azioni correttive o preventive, monitoraggio, formazione, ecc....)	I	In Azienda sono attive due strutture che si occupano rispettivamente delle attività di prevenzione del rischio clinico e del controllo delle infezioni correlate all'assistenza (al momento tutte e due in capo allo stesso Dirigente) : occorre favorire l'integrazione delle loro attività	Presenza della delibera 313 del 12/05/2021 "APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA DI ATTIVITA' RISK MANAGEMENT/I.C.A. PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE E LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO E DEL RISCHIO INFETTIVO CORRELATO ALL'ASSISTENZA - ANNO 2021 "da cui si evince l'integrazione del piano Risk e piano CIO	////	////
6.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze	6.4.4	Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico	√ Presenza di documenti che evidenziano il coinvolgimento in una o più attività di gestione del rischio clinico e in una o più fasi di un progetto	I	occorre predisporre delle procedure che disciplinino il coinvolgimento del paziente nella gestione del rischio	PG _{SO} 023 LINEE DI INDIRIZZO PER UN MODELLO DI PARTECIPAZIONE IN SANITA'. Progetto "Aiutaci a curarti" a cui hanno partecipato le Associazioni dei Cittadini e "Focus Group con i cittadini sulle schede informative". (vedi requisito 2.4.3)	////	////
7.2 Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi	7.2.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione	√ Documentazione da cui si evince la definizione dei bisogni di acquisto, della loro sistemazione logistica, dei criteri di priorità e della valutazione clinica economica e tecnica secondo criteri comparativi ispirati all' HTA Es: elenco Edisan	NC	L'Azienda ha definito alcuni passaggi del percorso di acquisizione di nuove apparecchiature, occorre descriverlo nel suo complesso (rilevazione dei bisogni, selezione, acquisizione, ecc).	Elaborata la PGSQ039 Procedura per la valutazione, acquisizione e allocazione di nuove tecnologie e il DOCTEC024 Flow chart acquisti tecnologie biomediche e attrezzature sanitarie	////	////

Rapporto di verifica 26/10/2020: PIANO DI ADEGUAMENTO ASL CN1

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	NC/R/I	DESCRIZIONE O.T.A. (da rapporto di verifica)	Azioni migliorative	Responsabilità	Tempistiche
7.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa	7.3.3	Monitoraggio dell'efficacia dell' intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione	√ Previsione di indicatori di valutazione e monitoraggio per le attività innovative dell'Azienda (almeno 1/3 anni) nel piano strategico e/o nel documento di programmazione e/o in analogo documento	I	Si raccomanda, in caso di adozione di significative innovazioni tecnologiche o organizzative, di definire preventivamente gli strumenti per il monitoraggio/valutazione della loro efficacia (ad es. mediante indicatori).	Elaborata la PG _{sq} 038 Gestione delle innovazioni tecnologiche ed organizzative (CHANGE MANAGEMENT) e relativa modulistica	////	////
8.1 Programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.2	Presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di <i>counselling</i> (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie")	√ Presenza della documentazione relativa alle iniziative intraprese/pianificate (fare riferimento ad empowerment)	I	La struttura ha organizzato alcuni corsi sulla comunicazione delle cattive notizie e dei decessi: sarebbe opportuno tradurre in istruzioni operative quelle indicazioni.	Presenza di PG _{sq} 037 Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con i pazienti e caregiver PG _{sq} 024 Comunicazione interna degli eventi avversi PG _{sq} 033 Comunicazione esterna in caso di evento avverso DOC _{sq} 019 Spikes:un percorso in 6 fasi	////	////