Codice A1414D
D.D. 6 ottobre 2022, n. 1819
Azienda Sanitaria Locale di Vercelli - ASL VC sita in c.so Mario Abbiate n. 21 a Vercelli: 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 1819/A1414D/2022 DEL 06/10/2022

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE
A1400A - SANITA' E WELFARE
A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari

OGGETTO: Azienda Sanitaria Locale di Vercelli – ASL VC sita in c.so Mario Abbiate n. 21 a Vercelli: 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 verifichino variazioni al precedente assetto autorizzato e accreditato e dispone inoltre che tutte le strutture sanitarie di ricovero ed ambulatoriali pubbliche e private già accreditate si adeguino ai requisiti generali entro il 31 marzo 2018;

con deliberazione n. 1-600 del 19 novembre 2014, successivamente integrata con D.G.R. n. 1-924 del 23 gennaio 2015, la Giunta Regionale ha approvato il programma di revisione della rete ospedaliera piemontese, in attuazione della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016, definendo il fabbisogno complessivo a livello di ASL;

con nota del 7 febbraio 2019 prot. n. 3525/A1403A, al fine di procedere con le attività di verifica del possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento previsti nel *"Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento"*, sono state avviate le attività necessarie per costituire un gruppo di valutatori regionali, individuandoli tra le risorse delle Aziende Sanitarie.

Nei mesi di ottobre e novembre 2019 la Direzione Sanità e Welfare, in collaborazione con l'OTA costituito presso l'Arpa Piemonte, ha avviato i percorsi formativi nei confronti dei valutatori del sistema di accreditamento regionale e dei referenti aziendali per l'accreditamento a cui sono affidate le attività di auditor di prima parte.

Con nota prot. n. 20252 del 6 aprile 2022 il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli sita in corso Mario Abbiate n. 21 a Vercelli 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. 89836 del 4 ottobre 2022 (protocollo regionale n. 36900/A1414D del 05.10.2022) 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 Vercelli sita in corso Mario Abbiate n. 21 a Vercelli 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 20 e 21 aprile 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.

Con note prot. n. 47157 del 26.08.2022 e n. 51615 del 19.9.2022 il Direttore Generale dell'Azienda ha trasmesso all'Organismo Tecnicamente Accreditante le evidenze del superamento di alcune non conformità/indicazioni ed il piano di adeguamento con l'indicazione delle azioni che intende 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 Città di Vercelli – ASL VC sita in corso Mario Abbiate n. 21 a Vercelli, 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

A.S.L. VC
Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 593111 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Asl 'VC' - Vercelli
Protocollo n. 00 47157
del 26/08/2022

All'Organismo tecnicamente accreditante
Arpa Piemonte
pec: direzione@pec.arpa.piemonte.it

OGGETTO: trasmissione del piano di miglioramento a seguito di verifica per l'accreditamento istituzionale

Facendo seguito alla ricezione del rapporto di verifica, in allegato si trasmette il Piano di miglioramento in rispondenza ai requisiti del manuale di accreditamento delle strutture pubbliche e private della Regione Piemonte.
A disposizione per chiarimenti, si ringrazia per la collaborazione

Cordiali saluti

Per il Responsabile dell'accreditamento
Dott.ssa Federica Riccio
Dott.ssa Michela Cagliano

Il Direttore Generale
Dott.ssa Eva Colombo

Accreditamento istituzionale (Determina n°725 del 15.11.2017)

Requisito	***Esito della Verifica***	***Pianificazione***
1.4.2/1.4.3/1.4.4/	**Osservazione:** manca evidenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive, tracciabili e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni e relativo back up	**Azioni** 1) Aggiornamento procedura "Abbattimento liste attesa (CUP.PRG.1566.00)" e pulizia liste di attesa" 2) Back up dati presente e secretato 3) Pubblicazione amministrazione trasparente: attività sistematica di pubblicazione e monitoraggio liste **Tempi previsti** • 6 mesi (dicembre 2022) • Si fornisce la procedura interna da visionare. Procedura secretata non sottoposta a verifica • Trimestrale (fine giugno 2022)
*1.5.1.***/1.5.3./1.5.4./1.5.5.** *1.5.7.***/2.4.5./2.4.6.**	**Osservazione:** manca evidenza dell'adozione sistematica di una metodologia per la valutazione delle attività, messa in atto di eventuali piani di miglioramento e della loro comunicazione e condivisione	**Azioni** Revisione procedura "Percorso continuità cure ospedale-territorio (DM.PO.1906.02)" sulla base delle seguenti criticità: CAVS (criteri di accesso e presa in carico), attività NOCC/NDCC festivi, DGR 24-4873 **Tempi previsti** • Analisi delle criticità: 5 mesi (settembre 2022) • Aggiornamento procedura: 7 mesi (dicembre 2022) • Rilevazione indicatori: 12 mesi (giugno 2023)

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

Requisito	***Esito della Verifica***	***Pianificazione***
2.2.5/2.3.6./2.5.1./2.5.4/*2.2.4/ 2.5.2./2.5.6/8.1.4.*	**Osservazione** La procedura relativa alla documentazione sanitaria risalente al 2009 deve essere rivista e aggiornata allo scopo di definire i requisiti di redazione, aggiornamento e conservazione della documentazione sanitaria. La verifica della documentazione è effettuata, ma non esplicitata nella procedura	**Azioni** 1) Aggiornamento della procedura (RM.PO.2838.00) con inserimento del passaporto farmacologico ed inserimento dei tempi di consegna e di conservazione 2) Formazione sul campo rispetto alla corretta gestione della cartella clinica 3) Verifica e monitoraggio cartelle come da aggiornamento procedura **Tempi previsti** 1) 10 mesi (marzo 2023) 2) Entro 12 mesi (giugno 2023) • Verifica corretta documentazione sanitaria (aprile 2023) • Verifica adozione procedura (entro 18 mesi)
5.4	**Osservazione** La procedura sul consenso deve essere aggiornata alla L. 219/2017, deve essere data evidenza della sua diffusione e formazione del personale sulla sua applicazione.	**Azioni** 1) Aggiornamento della procedura "Consenso informato trattamenti sanitari (DM.RE.0005.02)" 2) Revisione della modulistica relativa al CI 3) Controllo relativo a: • CI trattamento sanitario • CI trattamento dati personali e informativa **Tempi previsti** 1-2) 7 mesi (dicembre 2022)

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

Requisito	***Esito della Verifica***	***Pianificazione***
		3) 12 mesi (giugno 2023)
1.2.1 – 1.2.2 – 2.2.1 – 2.4.1 – 2.4.2	prevedere un documento che descriva in modo sistematico gli aggiornamenti dei documenti, delle procedure, dei PDTA, il loro monitoraggio e la diffusione degli esiti del monitoraggio.	In riferimento alle raccomandazioni, è predisposta una revisione puntuale della documentazione azinedale antecedente l'anno 2018 e afferente a ciascuna struttura. Inriferimento ai documenti emessi dalla S.S. Qualità, saranno rivisti e aggiornate le seguenti procedure: ✓ Piano Qualità 2020-2022 (QUA.PN.0167.01) ✓ Percorsi assistenziali (QUA.PO.0017.02) ✓ Gestione doc ASL (QUA.PO.0000.02)
1.5.1	monitorare in modo sistematico la valutazione della qualità delle prestazioni dei servizi.	Presenza allegato 3 della Relazione Socio-Sanitaria
3.1.4	**Raccomandazione** Riprendere attività analisi infortuni con conseguenti azioni correttive interrotta nel 2019	L'analisi degli infortuni per gli anni 2020/2021 è documentabile tramite intranet aziendale e sarà ripresa specularmente all'annualità 2019
4.1.5.	**Raccomandazione** Prevedere momenti specifici di condivisione delle conoscenze formative acquisite	Nota del Dirigente (Relazione accreditamento Settore Formazione). Da luglio 2022 le schede relative all'aggiornamento esterno verranno pubblicate sull'Intranet aziendale.
7.1.1	**Parzialmente soddisfatto**	È presente l'evidenza documentale: 13) FONTE OB21 - QUALITA' 17) FONTE OB20 - QUALITA' Piano Performance 2019-2021 (QUA.PN.1318.06) Piano Performance 2020-2022 (QUA.PN.1318.07) Piano Performance 2021-2023 (QUA.PN.1318.08)

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 593111 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

ASLVC 01/07/2022

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 593111 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it
P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Premessa

L'Organismo Tecnicamente Accreditante ARPA nelle date 20 e 21 aprile c.a. ha effettuato, in ottemperanza al programma annuale delle verifiche delle strutture sanitarie pubbliche, la verifica dei requisiti di accreditamento presso l'ASLVC.
Nel corso della verifica sono state evidenziate alcune criticità, classificate come non conformità minori e raccomandazioni per le quali si presenta adeguato piano di miglioramento.

Non conformità minori

1.4.2 (dichiarato in parte soddisfatto nell'autovalutazione) Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa
1.4.3 Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie
1.4.4 Formalizzazione e messa in atto di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne
Non conformità minore: non vi è evidenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive, tracciabili e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni e relativo back up.

Piano di miglioramento

La Direzione Medica di Presidio in collaborazione con il Controllo di Gestione aggiornerà la procedura "Abbattimento liste attesa (CUP.PRG.1566.00)". La pulizia delle liste d'attesa da parte delle singole Strutture è prevista entro dicembre 2022, la verifica di tale pulizia è a responsabilità della Direzione Medica di Presidio.
Sono a calendario incontri tra la Direzione Strategica, il Controllo di Gestione e i referenti delle varie Strutture per monitorare il sistema di prenotazione/attesa.
Il back up dei dati è presente e secretato, è cura dell'ICT darne evidenza. Evidenza mancata in sede di verifica. E' possibile prendere visione della procedura interna.
L'attività di pubblicazione delle liste d'attesa su amministrazione trasparente e monitoraggio delle liste è attualmente ripresa con sistematicità trimestrale da parte della DMPO. La ricognizione e la verifica sul mantenimento del sistema sarà effettuata congiuntamente dalla S.S. Rischio Clinico e dalla Direzione Medica di presidio.
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, mortality &morbidity review
1.5.4 Documentazione delle attività di valutazione

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
2.4.5 Presenza di report degli audit e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso.
2.4.6 Esistenza e messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia
Non conformità minore: manca evidenza dell'adozione sistematica di una metodologia per la valutazione delle attività, messa in atto di eventuali piani di miglioramento e della loro comunicazione e condivisione.

Piano di miglioramento

E' in corso la revisione della procedura "Percorso continuità cure ospedale-territorio (DM.PO.19.06.02)" ad opera del gruppo di lavoro congiunto Qualità – Distretto – Assistenza territoriale.
La revisione prevede più momenti di incontro. Un'analisi delle criticità con incontri dedicati entro tre mesi in base a:

- ✓ CAVS (criteri di accessi e presa in carico)
- ✓ attività NOCC/NDCC festivi
- ✓ DGR 24-4873

L'aggiornamento della procedura a seguito di analisi entro 6 mesi (dicembre 2022) e la successiva verifica e monitoraggio tramite la rilevazione degli indicatori inseriti in procedura a 12 mesi dall'emissione.
In questa situazione di effettiva mancanza di sistematicità in termini generali, l'azione di miglioramento descritta, si propone di introdurre un sistema che coinvolga tutte le strutture (ospedaliere e non) ad un metodo di lavoro che porti ad un ciclo di miglioramento in termini di verifica delle azioni intraprese e successiva rivalutazione dei percorsi.
Gli audit saranno inseriti nelle analisi delle criticità e sarà cura adottare sistematicamente la medesima tipologia ai futuri percorsi intrapresi.
2.2.5 Gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura
2.3.6 Adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti
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
2.5.4 Formalizzazione e la messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia

Non conformità: la procedura relativa alla documentazione sanitaria risalente al 2009 deve essere rivista e aggiornata allo scopo di definire i requisiti di redazione, aggiornamento e conservazione della documentazione sanitaria. La verifica della documentazione è effettuata, ma non esplicitata nella procedura.

Azioni di miglioramento

E' prevista la totale revisione e aggiornamento della procedura (RM.PO.2838.00) con l'inserimento dei tempi di consegna e della modalità adottate dall'ASL per la conservazione. E', inoltre, prevista la revisione e l'inserimento in procedura del passaporto farmacologico a colmare la mancata evidenza nella documentazione sanitaria della riconciliazione farmacologica.

Tale revisione ad opera della S.S. Qualità e della Direzione Medica di presidio è prevista per gennaio 2023.

E' prevista la formazione di un gruppo di lavoro che comprenda Dipartimento medico, Dipartimento chirurgico, Dipartimento di emergenza, Qualità e Rischio clinico per settembre 2022 allo scopo di revisionare la procedura attraverso una formazione sul campo prima della sua emissione definitiva.

A procedura emessa si prevede un corso obbligatorio per la corretta gestione della Documentazione sanitaria proposto dalla Direzione Medica e dalla Qualità. Gennaio/febbraio 2023.

La verifica ed il monitoraggio saranno conseguenti all'emissione della procedura secondo le modalità già previste e attualmente in atto da parte del Rischio clinico.

5.4 Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi famigliari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali

Non conformità minore: la procedura sul consenso deve essere aggiornata alla L.219/17, deve essere data evidenza della sua diffusione e formazione del personale sulla sua applicazione.

Azioni di miglioramento

Aggiornamento e revisione della procedura "Consenso informato ai trattamenti sanitari (DM.RE.0005.02)" ad opera della S.S. Qualità con il supporto del Rischio clinico e del medico legale. Tale revisione comprende anche la modulistica adottata e la ricognizione dei consensi presenti in Azienda.

Il termine per la revisione della procedura è previsto per novembre 2022. Attualmente in atto la ricognizione Aziendale e l'eliminazione dei consensi non conformi. E', inoltre, attualmente in essere l'implementazione delle informative al paziente in formato cartaceo per tutta l'area chirurgica.

Nella procedura saranno altresì esplicitate le modalità di verifica dei consensi informati e le tempistiche di distribuzione delle informative ai pazienti per interventi in elezione.

La verifica sulla corretta compilazione dei consensi è in attualmente in essere e sarà mantenuta dopo emissione della Procedura. Le criticità conseguenti all'introduzione della nuova modulistica saranno analizzate entro giugno 2023.

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 593111 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it
P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

RACCOMANDAZIONI

1.2.1 Realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.)

1.2.2 Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semi-residenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie

2.2.1 Formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti

2.4.1 Valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida

2.4.2 Valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite audit clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso

6.1.3 Aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili

Raccomandazione: prevedere un documento che descriva in modo sistematico gli aggiornamenti dei documenti, delle procedure, dei PDTA, il loro monitoraggio e la diffusione degli esiti del monitoraggio.

Per tale raccomandazione è stata inviata nota a tutte le strutture nel mese di maggio circa la necessità di rivedere, modificare o implementare le procedure, i moduli e i documenti antecedenti al 2017. La data termine per tale revisione è il 30/06/2022. Attualmente la maggior parte delle Strutture ha risposto inviando documentazione opportunamente modificata.

1.5.1 Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/ articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)

Congiuntamente alla richiesta di revisione della documentazione obsoleta alle Strutture è stato richiesto di individuare un referente qualità per ciascuna Unità Operativa in modo da avere un collegamento diretto tra la S.S. Qualità e le unità operanti in Azienda.

2.2.4 Tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione

2.5.2 Procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali

Raccomandazione: implementare la procedura sulla ricognizione e riconciliazione farmacologica (passaporto farmacologico)

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 593111 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it
P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Vedi azioni di miglioramento punti 2.2.5-2.3.6-2.5.1-2.5.4

2.4.6 Esistenza e messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia

Raccomandazione: coinvolgere i MMG e i PLS nelle attività di gestione dei percorsi aziendali

Vedi 1.5.3-1.5.4-1.5.5-2.4.5-2.4.6

2.5.6/8.1.4 definizione dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria

Raccomandazione: inserire nella procedura la tempistica di consegna della cartella clinica e di altra documentazione sanitaria

Vedi 2.2.5-2.3.6-2.5.1-2.5.4

3.1.4 Presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale

Raccomandazione: riprendere l'attività di analisi infortuni con conseguenti azioni correttive interrotta nel 2019

L'analisi degli infortuni per gli anni 2020/21 è visionabile tramite intranet aziendale

4.1.5 Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura

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

E' stata implementato dopo la verifica di accreditamento un format per compilare una breve relazione per l'aggiornamento all'esterno. Inviata nota a tutti i referenti di Struttura dal Settore Formazione.

A.S.L. VC
Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 593111 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Asl 'VC' - Vercelli
Protocollo n. 00 51615
del 19/09/2022

All'Organismo tecnicamente accreditante
Arpa Piemonte
pec: direzione@pec.arpa.piemonte.it

OGGETTO: trasmissione nota integrativa al piano di miglioramento a seguito di verifica per l'accreditamento istituzionale

In allegato si trasmette nota integrativa al Piano di miglioramento come da richiesta.
A disposizione per chiarimenti, si ringrazia per la collaborazione

Cordiali saluti

Per il Responsabile dell'accreditamento
Dott.ssa Federica Riccio
Dott.ssa Michela Cagliano

Il Direttore Generale
Dott.ssa Eva Colombo

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 593111 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Nota integrativa al piano di miglioramento in rispondenza dei requisiti del Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte

ASLVC 19/09/2022

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 593111 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Premessa

A seguito del piano di miglioramento presentato in data 01/07/2022 inoltriamo nota integrativa, coma da richiesta dell'O.T.A., sui requisiti dichiarati parzialmente soddisfatti nell'autovalutazione.

Requisiti dichiarati in parte soddisfatti nell'autovalutazione

Requisito 5.3.3 Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver

Piano di miglioramento

Con il nuovo Regolamento sul Consenso Informato (aggiornamento del regolamento precedente in base alle non conformità riscontrate in sede di verifica) è stato previsto un apposito paragrafo riguardante la corretta redazione delle informative ai pazienti e caregiver.

Essendo una criticità particolarmente diffusa all'interno dell'Azienda è stata disposta una modalità univoca di redazione dell'informativa scritta per favorire una comunicazione chiara, esaustiva e consultabile ai pazienti e caregiver.

I tempi di attuazione e divulgazione sono stati dichiarati nel piano di miglioramento e sono conformi all'emissione del Regolamento sul Consenso Informato.

E' previsto un momento di incontro in Dicembre 2022 con le Strutture per stabilire quali informative specifiche siano da predisporre in forma scritta. (area chirurgica e materno-infantile in prima istanza)

Requisito 6.3.4 Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio

Piano di miglioramento

Piano del rischio aggiornato. Piano della performance e relazione sulla performance (aggiornamento annuale) in fase di aggiornamento. Tempistiche previste entro fine anno 2022.

Requisito 6.3.5 Applicazione e monitoraggio di linee giuda, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza

Piano di miglioramento

Con la redazione della procedura sul Controllo Cartelle Cliniche sono stati aggiunti item di controllo ulteriori, procedura che sarà integrata nella nuova e più completa procedura sulla

documentazione sanitaria (come da piano di miglioramento inviato). Inserimento nella medesima procedura della revisione sul passaporto farmacologico (come da piano di miglioramento)
E' prevista l'implementazione ed il monitoraggio cartella clinica oncologia ONCOSYS. In attuazione entro Dicembre 2022 con l'individuazione del coordinatore del progetto attualmente in fase di definizione.

Requisito 7.1.1 Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica dell'informazione, la formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es. emergenza, materno infantile, oncologico, cardiovascolare)

Piano di miglioramento

Con Delibera n. 863 del 12/07/2022 sono stati indetti dall'Azienda le selezioni per il conferimento di incarichi di funzione. Tali incarichi andranno ad incrementare e coadiuvare il lavoro di settori specifici allo scopo di migliorare l'operato aziendale. Al conferimento di tali incarichi saranno attribuiti obbiettivi dedicati e attribuita la responsabilità per il raggiungimento degli stessi.
In particolare saranno attribuiti incarichi nell'ambito del risk management, coordinamento osservatorio epidemiologico, coordinamento attività di screening oncologico, bed management, qualità, organizzazione del dipartimento materno infantile ed organizzazione del dipartimento di emergenza.
Tali funzioni sono in fase di attribuzione e saranno completamente espletate entro Gennaio 2023. Gli obbiettivi ed il conseguente monitoraggio verranno valutati entro gennaio 2024 tramite verifica annuale.

Non conformità minori

Requisito 6.4.2 Produzione e diffusione di buone pratiche

Non conformità minore: si chiede di prevedere la pubblicazione di almeno una buona pratica sul sito AGENAS.
Per tale non conformità non siamo in grado al momento di rispondere come da suggerimento del rapporto di verifica. Si può fornire evidenza di buone pratiche introdotte all'interno dell'Azienda ma non la pubblicazione su AGENAS. Pertanto attendiamo un confronto con il gruppo di verifica.

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 593111 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Requisito 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

Piano di miglioramento

In collaborazione con L'URP aziendale si è avviata la produzione di informative (brochure) sul rischio cadute in ospedale, tali informazioni saranno distribuite ai pazienti e caregiver nei reparti ove tale rischio è più concreto e le stesse informazioni saranno diffuse attraverso i monitor presenti in vari punti dell'Azienda. Il materiale cartaceo è già stato predisposto. Il coinvolgimento dei reparti e l'inizio della distribuzione del materiale è previsto per Gennaio 2023.