

Codice A1414C

D.D. 22 maggio 2020, n. 484

Azienda Ospedaliero Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino", sita in c.so Bramante n. 88 a Torino: accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.



ATTO N. DD-A14 484

DEL 22/05/2020

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

A1414C - Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori

OGGETTO: Azienda Ospedaliero Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino", sita in c.so Bramante n. 88 a Torino: accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

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 60-2595 del 10 aprile 2006 venne approvato lo schema di accordo tra la Regione Piemonte e l'APRA 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 di 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 furono 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 sopra citata Intesa si prefiggeva lo scopo di uniformare il variegato sistema di requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in essere nelle singole

Regioni italiane. In particolare l'Intesa intendeva promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento istituzionale/autorizzazione definendo, al contempo, per ciascun requisito o gruppi di requisiti, gli obiettivi che dovevano essere perseguiti. L'Intesa in argomento definiva inoltre le modalità di verifica che dovevano essere adottate dalle Regioni;

- con DGR del 28 giugno 2013, n. 9-6021 la Regione Piemonte ha recepito la suddetta Intesa;
- con DGR n. 3-6015 del 28 giugno 2013 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.;

Atteso che 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;

Considerato ulteriormente 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*";
- con DGR n. 32-2633 del 02 novembre 2015 la Regione Piemonte ha recepito la suddetta Intesa e l'Arpa, istituita con L.R. 13 aprile 1995, n. 60, è stata individuata quale "Organismo tecnicamente accreditante" (O.T.A.), in quanto ritenuto soggetto "terzo";
- con Determinazione del Direttore n. 725 del 15 novembre 2017 si è provveduto ad 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. Tale atto prevede che l'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 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'O.T.A. costituito presso l'Arpa Piemonte, ha avviato i percorsi formativi nei confronti di venti valutatori del sistema di accREDITamento regionale e di altrettanti referenti aziendali per l'accREDITamento, a cui sono affidate le attività di auditor di prima parte;
- con nota prot. n. 24354 del 18 dicembre 2019 sono state fornite indicazioni alle Aziende Sanitarie regionali in merito alla conduzione delle attività di verifica dell'accREDITamento da parte dell'Organismo Tecnicamente Accredитante ed è stato definito il calendario di verifica sulla base delle autovalutazioni che ogni Azienda ha trasmesso entro il 15 gennaio 2020.

Considerato da ultimo che:

- con nota prot. n. 13957 del 10 febbraio 2020 (protocollo regionale n. 4062/A11414C del

10.02.2020) il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino sita in corso Bramante n. 88 a Torino ha trasmesso l'aggiornamento dell'autovalutazione per la verifica di accreditamento ai sensi della Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725;

- con nota prot n. 34624 del 30 aprile 2020 (protocollo regionale n. 14440/A1414C del 04.04.2020) il Dirigente Responsabile dell'Organismo Tecnicamente Accreditante costituito presso l'ARPA Piemonte ha trasmesso la relazione finale di verifica accreditamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino. Nella relazione si descrive che l'attività di verifica, effettuata il 26 e 27 febbraio 2020, ha evidenziato delle criticità classificate come criticità minori o con indicazioni, per cui si è richiesto al Legale Rappresentante dell'Azienda di comunicare, entro 30 giorni dalla notifica del Rapporto di verifica, l'avvenuto superamento delle non conformità minori ovvero di provvedere al loro superamento mediante la predisposizione di un piano di miglioramento, corredato da pertinenti evidenze, contenente le azioni da adottare, le tempistiche e le responsabilità;
- con nota prot. 32811 del 30 marzo 2020 l'Azienda ha trasmesso il piano di adeguamento richiesto, con l'indicazione delle azioni che intende adottare, le tempistiche e le responsabilità di risoluzione delle stesse;
- l'Organismo Tecnicamente Accreditante, esaminato il piano di adeguamento e ritenuto adeguato in termini di contenuti e tempistiche, ha espresso parere tecnico favorevole di accreditabilità dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino", riservandosi di provvedere ad una verifica entro il 10 gennaio 2021 finalizzata all'esame dello stato di avanzamento delle attività previste dal piano di miglioramento, relazionando puntualmente al Settore regionale competente.

Tutto quanto sopra premesso e considerato,

attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. del 17 ottobre 2016, n. 1-4046;

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
- DGR del 17 ottobre 2016, n. 1-4046
- articoli 17 e 18 della Legge regionale 28 luglio 2008, n. 23

DETERMINA

1. di accreditare, ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino", sita in c.so Bramante n. 88 a Torino, secondo l'articolazione dei servizi di diagnosi e cura rappresentata sull'applicativo ARPE – Archivio Regionale Punti di erogazione;

2. di far carico al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera indicata al punto 1) del 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;

3. di demandare all'Organismo Tecnicamente Accreditante, costituito presso l'ARPA Piemonte, una verifica da effettuare entro il 10 gennaio 2021 finalizzata all'esame dello stato di avanzamento delle attività previste dal piano di miglioramento e di relazionare puntualmente al Settore regionale competente;

4. 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

5. di disporre che l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino" 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.

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.

LA DIRIGENTE

(A1414C - Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori)

Firmato digitalmente da Tiziana Rossini

Allegato



Piano di adeguamento A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

Data: 22/03/2020

Pagina 1 di 7

CONTENUTI DEL DOCUMENTO

| | | |
|-----|------------------------------|---|
| 1. | SCOPO | 2 |
| 2. | NON CONFORMITÀ MAGGIORI..... | 2 |
| 3. | NON CONFORMITÀ MINORI..... | 2 |
| 3.1 | REQUISITO 4.2.1..... | 2 |
| 4. | INDICAZIONI | 3 |
| 4.1 | REQUISITO 1.5.3..... | 3 |
| 4.2 | REQUISITO 2.5.5..... | 3 |
| 4.3 | REQUISITO 3.2.3..... | 4 |
| 4.4 | REQUISITO 3.2.5..... | 4 |
| 4.5 | REQUISITO 4.1.5..... | 5 |
| 4.6 | REQUISITO 5.3.3..... | 5 |
| 4.7 | REQUISITO 7.3.3..... | 6 |
| 5. | DOCUMENTI CORRELATI | 7 |

Firma

Il Direttore S.C. Qualità, Risk management e accreditamento

Giulio FORNERO



Piano di adeguamento Città della Salute e della Scienza di Torino

Data: 22/03/2020

Pagina 2 di 7

1. Scopo

Il presente documento è redatto in riferimento alla verifica effettuata nei giorni 26 e 27 febbraio 2020 ad opera di Arpa Piemonte in coerenza con il programma annuale delle verifiche delle strutture sanitarie pubbliche.

Lo scopo è di descrivere, in risposta alla nota n. 18498 del 02/03/2020, le azioni che l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino intende adottare, allegando le pertinenti evidenze, per il superamento delle non conformità e delle indicazioni comunicate nel relativo Rapporto di verifica del 2 Marzo 2020.

Per ogni item vengono indicate le responsabilità e le tempistiche previste per la risoluzione degli stessi.

2. Non Conformità maggiori

Non sono state rilevate non conformità maggiori

3. Non Conformità minori

3.1 Requisito 4.2.1

- **Tipologia:** Competenze del Personale
- **Requisito:** Messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale - neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario
- **Non conformità:** Occorre esplicitare le modalità di inserimento neo-assunti della Dirigenza medica
- **Analisi delle criticità:** Vengono definite le modalità di inserimento dei neo assunti per il personale del comparto e per tutto il personale delle strutture certificate ISO 9001:2015, ma non esiste una procedura aziendale
- **Azione:** Redazione, a partire delle modalità di inserimento esistenti, della Istruzione operativa (ISOP) "Accoglienza e affiancamento/addestramento del personale della dirigenza medica e sanitaria neoassunto/trasferito/retraining" i cui obiettivi sono:
 - Assicurare una gestione omogenea, secondo un programma prestabilito, del percorso di accoglienza e affiancamento/addestramento di dirigenti medici o sanitari neoassunti/trasferiti/retraining.
 - Fornire al nuovo personale elementi conoscitivi sull'organizzazione aziendale, al fine di facilitarne l'inserimento lavorativo.

L'ambito di applicazione definisce che il documento riguarda tutto il personale della dirigenza medica e sanitaria neoassunto/trasferito da altra sede/retraining con rapporto di lavoro dipendente (sia a tempo determinato che a tempo indeterminato); si applica in tutte le Strutture dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino nel cui organico siano previste figure professionali della dirigenza medica e sanitaria.

- **Responsabilità:** SS.CC. Direzioni Sanitarie di Presidio, in collaborazione con S.C. Amministrazione del Personale / Formazione/ S.C. QRMA.
- **Tempistica:** La formalizzazione e trasmissione della ISOP alle Strutture aziendali è prevista entro il 31 dicembre 2020.

4. Indicazioni

4.1 Requisito 1.5.3

- **Tipologia:** Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie.
- **Requisito:** 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.
- **Indicazione:** Assicurare una più celere fruibilità dei report relativi agli indicatori sulla qualità dei servizi
- **Analisi delle criticità:** I documenti sono prodotti con cadenza temporale variabile e vengono diffusi aziendalmente con varie modalità.
- **Azione:** Nella rete aziendale è presente una Zona Share che permette, tramite una sottosezione denominata WEB di pubblicare i documenti visibili a tutta l'utenza aziendale.
Verrà creata in tale sezione una cartella con denominazione "Indicatori Qualità" in cui verranno inseriti i documenti prodotti.
La produzione degli indicatori di qualità avrà, come da indicazioni riportate nei vari documenti aziendali, cadenza almeno annuale.
Sarà inviata a tutte le Strutture aziendali una nota specifica con la quale verrà comunicata la creazione della cartella e la tipologia di documenti disponibili.
- **Responsabilità:** Dipartimento Qualità e Sicurezza delle Cure/ S.C. QRMA/ S.S.D. Igiene e clinical governance/ S.C. Programmazione e controllo / S.S.D. Epidemiologia clinica e valutativa
- **Tempistica:** La creazione della cartella, con i contenuti odierni, avverrà entro 31 dicembre 2020. Le prossime pubblicazioni sono previste entro il primo semestre 2021.

4.2 Requisito 2.5.5

- **Tipologia:** Prestazioni e Servizi
- **Requisito :** Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario
- **Indicazione :** Occorre valutare la significatività del campione delle cartelle cliniche verificate in rapporto al numero di ricoveri
- **Analisi delle criticità:** Sono state valutate 450 cartelle cliniche prodotte nell'anno 2019 (334 di area chirurgica e 116 di area medica). Il campione è stato estratto dai controlli di III livello delle SDO inviate dalla Regione Piemonte di cui rappresenta circa il 3.75%: è stata esaminata una cartella clinica prodotta ogni 2 mesi per ciascuna delle SC/SSD che effettuano attività di ricovero ordinario o DH/DS.
- **Azione:** è stata rivalutata la significatività del campione delle cartelle cliniche da verificare in rapporto al numero di ricoveri. È in corso la valutazione di ulteriori 1500 Cartelle Cliniche.
- **Responsabilità:** S.C. QRMA
- **Tempistica:** 31 dicembre 2020

4.3 Requisito 3.2.3

- **Tipologia:** Aspetti Strutturali
- **Requisito :** Esistenza, formalizzazione e messa in atto di un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi
- **Indicazione :** Per la gestione delle apparecchiature l'Azienda ha adottato l'applicativo Infohealth: occorre utilizzarlo in tutti i presidi (attualmente non utilizzato nel Presidio CTO)
- **Analisi delle criticità:** La criticità deriva dalla gestione in Outsourcing dei servizi di Ingegneria Clinica del CTO con contratto pluriennale (trentennale) a far data dal 2006, anno in cui non era ancora stata creata l' A.O.U. Città della Salute e della scienza di Torino.
- **Azione:** E' stato dato mandato alla società che ha in gestione entrambi i contratti di assistenza tecnica e manutenzione in global service, di integrare il sistema informativo locale del CTO (Coswin) fornito al tempo dell'avvio della gara trentennale, con il sistema informativo aziendale per la gestione delle tecnologie elettromedicali InfoHealth. Tale attività è in fase di implementazione, è stata completata la fase di progettazione e sviluppo dell'integrazione informatica. Si prevede di iniziare i test operativi entro luglio 2020.
Terminata tale fase si procederà con la formazione del personale sanitario e di assistenza tecnica del P.O. CTO all'utilizzo dell'applicativo InfoHealth e verranno introdotte, gradualmente in ciascun reparto, le stesse procedure e modalità aziendali gestione delle apparecchiature elettromedicali e dell'assistenza tecnica utilizzate negli altri presidi.
- **Responsabilità:** S.C. ICT e Ingegneria Clinica
- **Tempistica:** entro il 31 dicembre 2020

4.4 Requisito 3.2.5

- **Tipologia:** Aspetti Strutturali
- **Requisito :** 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
- **Indicazione :** Occorre utilizzare una modalità strutturata per assicurare la raccolta delle registrazioni relative all'addestramento all'uso di nuove apparecchiature
- **Analisi delle criticità:** Non è presente una unica modalità di registrazione delle attività formative di addestramento.
- **Azione:** Nella scheda relativa alle nuove apparecchiature, presente nell'applicativo Infohealth verrà inserito un check sulle attività di Formazione/addestramento effettuate. Sarà inoltre possibile allegare la scansione di eventuali moduli di registrazione in modo da facilitarne l'archiviazione e il reperimento.
- **Responsabilità:** S.C. ICT e Ingegneria Clinica
- **Tempistica:** entro il 31 dicembre 2020

4.5 Requisito 4.1.5

- **Tipologia:** Competenze del Personale
- **Requisito:** Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura
- **Indicazione:** Occorre definire modalità strutturate per assicurare la diffusione all'interno dell'Azienda delle conoscenze acquisite con iniziative formative esterne
- **Analisi delle criticità:** mancano nei documenti Aziendali riferimenti precisi e puntuali alla necessaria diffusione delle conoscenze acquisite.
- **Azione:** La proposta di miglioramento riguarda i documenti di seguito elencati.

1) Deliberazione di approvazione del Piano Formativo 2020 e ripartizione fondi per iniziative di formazione presso terzi – determinazione spesa presunta e provvedimenti correlati.

2) Circolare inviata annualmente ai Direttori di Dipartimento/S.C., ai Dirigenti/Coordinatori, avente per oggetto la formazione c/o Terzi in regime obbligatorio con fondi aziendali, riferiti all'anno in corso.

3) "Linee guida per Formazione obbligatoria esterna (presso terzi)
Integrazione del documento con nuovo capitoletto dal titolo: "Diffusione delle conoscenze acquisite" con il dettaglio delle azioni a cura del Direttore S.C./Coordinatore, coerenti con i documenti di cui ai punti 1 e 2 della proposta di miglioramento.

4) Modulo 040 – Dichiarazione ore frequentate e spese sostenute, compilato e trasmesso alla Formazione dal professionista che ha partecipato all'iniziativa formativa esterna, previa autorizzazione.
Revisione del documento.

- **Responsabilità:** S.S. Formazione Permanente e Aggiornamento
- **Tempistica:** entro il 30 giugno 2020 verrà completato l'aggiornamento/revisione dei documenti; entro il 31 gennaio 2021 verrà effettuata la valutazione dei risultati, a seguito dei provvedimenti adottati.

4.6 Requisito 5.3.3

- **Tipologia:** Comunicazione
- **Requisito:** Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver
- **Indicazione:** Occorre assicurare in modo formalizzato la comunicazione col paziente anche durante l'episodio di ricovero
- **Analisi delle criticità:** è in vigore la procedura aziendale per la gestione del consenso informato, che è stata elaborata con il coordinamento della SC Qualità, Risk Management e Accreditamento in collaborazione con le Direzioni di Presidio, le Strutture Assistenziali e le Associazioni dei Cittadini. Non è esplicitato, nel modulo allegato alla procedura, che, in caso di variazione dello stato di salute, e delle indicazioni per accertamenti diagnostici e trattamenti sanitari, le eventuali modifiche di percorso proposte saranno tempestivamente comunicate e condivise".
- **Azione:** revisione del modulo "Dichiarazione di consenso informato al ricovero ospedaliero" precisando che "È stato esplicitato l'attuale progetto di ricovero, specificando che le eventuali modifiche di percorso proposte saranno tempestivamente comunicate e condivise".

- **Responsabilità:** SC Qualità, Risk Management e Accreditamento
- **Tempistica:** entro il 31 dicembre 2020.

4.7 Requisito 7.3.3

- **Tipologia:** Processi di miglioramento ed innovazione
- **Requisito:** Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione
- **Indicazione:** Occorre definire i criteri di attivazione dell'HTA e le modalità adottate nel tempo per il monitoraggio delle innovazioni tecnologiche
- **Analisi delle criticità:** Mancano parametri oggettivabili nelle attività di attivazione e di monitoraggio delle innovazioni tecnologiche.
- **Azione:** L'attivazione della valutazione con metodologia HTA avviene a seguito di proposta di acquisizione di tecnologia (dispositivo medico o apparecchiatura) innovativa:
 - non presente nel contesto aziendale;
 - presente in altra disciplina;
 - in uso per una procedura differente.

La Commissione Aziendale Health Technology Assessment (CAHTA) multidisciplinare, sulla base della descrizione tecnica della tecnologia, delle evidenze scientifiche sull'efficacia, sicurezza e rapporto costo-efficacia, sulle dimensioni organizzative e di impatto, esprime un parere in merito alla sua introduzione.

Nel caso in cui non esistano prove consolidate di efficacia a lungo termine ma in cui l'uso della tecnologia risulti promettente e sicuro, viene espresso un parere favorevole all'introduzione "controllata", di prassi per un anno, fermo restando il costante monitoraggio del suo utilizzo e la predisposizione di un registro.

La verifica degli *outcome* si basa sull'analisi e valutazione di una relazione che nel *follow-up* raccolga i dati relativi agli indicatori definiti a monte.

Viste le indicazioni dell'organo deputato all'accreditamento istituzionale verranno stabiliti con maggior precisione gli indicatori che saranno utilizzati per consentire alla CAHTA di monitorare l'uso della tecnologia, principalmente indicatori di esito, complicanze, ricadute sulla soddisfazione del paziente, sull'organizzazione e sui costi.

A tal fine è stata implementata la scheda mini HTA della tecnologia (documento allegato), creando un'apposita sezione nella quale i richiedenti sono chiamati a proporre gli indicatori che ritengono più appropriati per la valutazione degli esiti nelle seguenti dimensioni: sicurezza, efficacia, costo, costo-efficacia e organizzativi. Nella fase di pre-assessment le proposte saranno valutate dalla CAHTA che potrà recepirle, modificarle o integrarle. La nuova sezione prevede anche che i richiedenti propongano il tempo minimo necessario per la rilevazione dei dati necessari a valutare l'impatto della tecnologia, sulla base degli indicatori concordati. Oltre a fornire dati utili alla predisposizione di un contesto in grado di valutare in modo fine l'impatto della tecnologia, tale implementazione responsabilizza i richiedenti sulla predisposizione delle relazioni periodiche, per le quali è stato definito un sistema di monitoraggio più stringente prevedendo anche la predisposizione di un sistema di "allerta" in grado di indicare l'approssimarsi delle scadenze entro le quali la CAHTA ha previsto che le relazioni debbano essere prodotte, quindi di inviare i relativi promemoria.

- **Responsabilità:** S.S.D. Tecnologie Sanitarie
- **Tempistica:** entro il 31 dicembre 2020.



Piano di adeguamento Città della Salute e della Scienza di Torino

Data: 22/03/2020

Pagina 7 di 7

5. Documenti correlati

- **ISOP** Accoglienza e affiancamento/addestramento del personale della dirigenza medica e sanitaria neoassunto/trasferito/retraining
- **MODU** Piano di inserimento del personale medico o sanitario neoassunto/trasferito/retraining
- **SCHEDA MINI-HTA**
- **S.C.Ammministrazione del Personale e Formazione** PROPOSTA DI MIGLIORAMENTO
- **MODU** “Dichiarazione di consenso informato al ricovero ospedaliero”