

Codice A1414C

D.D. 21 gennaio 2021, n. 81

**"Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio Ossola" sita in via Mazzini n. 117 a Omega (VB): 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 81/A1400A/2021**

**DEL 21/01/2021**

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

**OGGETTO:** “Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio Ossola” sita in via Mazzini n. 117 a Omega (VB): 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 60-2595 del 10 aprile 2006 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, da un 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 D.G.R. 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.;

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 n. 32-2633 del 02 novembre 2015 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. 24354 del 18 dicembre 2019 sono state fornite indicazioni alle Aziende Sanitarie regionali in merito alla conduzione delle attività di verifica accreditamento da parte dell’Organismo Tecnicamente Accreditante ed è stato definito il calendario di verifica sulla base delle autovalutazioni che ogni Azienda ha trasmesso entro il 15 gennaio 2020.

Con nota prot. n. 3530 del 15 gennaio 2020 (protocollo regionale n. 1160/A1400A del 16.01.2020) il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio Ossola sita in via Mazzini n. 117 a Omega (VB) 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 di cui sopra.

Con nota prot. n. 104842 del 18 dicembre 2020 (protocollo regionale n. 43641/A1400A del 28.12.2020) il Dirigente Responsabile dell’Organismo Tecnicamente Accreditante costituito presso l’ARPA Piemonte ha trasmesso la relazione finale di verifica accreditamento dell’Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio Ossola sita in via Mazzini n. 117 a Omega (VB).

Nella relazione si informa che l’attività di verifica, effettuata nei giorni 29 e 30 settembre 2020, aveva evidenziato delle criticità classificate come criticità minori o con indicazioni, per cui richiedeva 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. 67512 del 13 novembre 2020 il Direttore Generale dell'Azienda ha trasmesso 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, esaminata la documentazione ricevuta, ritiene che siano state superate le non conformità per cui si sono presentate le evidenze delle azioni correttive adottate e che per le restanti non conformità/indicazioni riportate nel rapporto di verifica il piano di miglioramento preveda soluzioni adeguate con tempistiche di realizzazione proporzionate alla complessità delle azioni da implementare, pertanto esprime prime parere tecnico favorevole di accreditabilità dell'Azienda Sanitaria Locale V.C.O., sita in via Mazzini n. 117 a Omega (VB).

L'Organismo Tecnicamente Accreditante, come previsto dalla procedura di verifica, si riserva di provvedere ad una verifica entro il 10 marzo 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;

IL DIRETTORE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502
- DGR del 28 giugno 2013, n. 9-6021
- DGR del 02 novembre 2015, n. 32-2633
- Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725
- articoli 17 e 18 della Legge regionale 28 luglio 2008, n. 23

*determina*

1. di accreditare, ai sensi Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725, l' "Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio Ossola" sita in via Mazzini n. 117 a Omega (VB), 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 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;

3. di demandare l'Organismo Tecnicamente Accreditante, costituito presso l'ARPA Piemonte, ad una verifica entro il 10 marzo 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 verificano variazioni all'assetto autorizzato e accreditato;

5. di disporre che l'Azienda Sanitaria Locale V.C.O. 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.*

IL DIRETTORE (A1400A - SANITA' E WELFARE)  
Firmato digitalmente da Fabio Aimar

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire <sup>1</sup>, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. ASL\_67512\_del\_13-11-2020\_Piano\_di\_miglioramento\_prot.pdf

Allegato 

---

<sup>1</sup> L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento



IAS: Governo Clinico Qualità Appropriately Rischio Clinico  
Dott.ssa Margherita BIANCHI  
Sede Operativa: Via Fiume 18, Verbania Pallanza (VB)  
tel. 0323/541535  
e-mail: margherita.bianchi@aslvco.it

Prot. n. 67512

13 Novembre 2020

Spett.le Organismo Tecnicamente Accreditante c/o ARPA Piemonte

E p.c. Direzione Sanità Regione Piemonte:  
Settore "Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori"  
Settore "Programmazione Socio-Assistenziale e Socio-Sanitaria"

**OGGETTO** Rapporto di verifica. ASL VCO – piano di miglioramento

In risposta alla nota prot. N. 78776 del 02.10.2020 di pari oggetto, si fornisce in allegato il riscontro di quanto richiesto.

Si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE



Azioni di miglioramento prevista	Termine	Responsabilità	Allegato
<b>Non conformità minori:</b>			
1.4.2: l'Azienda procede periodicamente all'aggiornamento delle liste di attesa: occorre formalizzare l'attività e renderla rintracciabile	Vedere allegato	SOC DSPO	1.4.2 ALL 01 Nota prot. n° 64030 del 02/11/2020 - DSPO
4.1.3: essendo provider ECM, l'Azienda prevede per tutti i Corsi la valutazione dell'efficacia da parte dei discenti nonché una valutazione del Docente. Occorre prevedere anche, nei casi che la stessa Azienda individuerà, valutare le ricadute sull'attività ordinaria delle attività formative (valutazione di efficacia)	Vedere allegato	SOS Formazione	4.1.3 ALL 01 Nota prot. n° 64064 del 02/11/2020 SOS Formazione
4.2.1: è stato definito un percorso di inserimento per il personale tecnico del comparto. E' necessario programmare il piano di inserimento anche per il restante personale (Dirigenza, personale amministrativo, ecc). La procedura di inserimento deve prevedere la pianificazione individualizzata del percorso di inserimento e tale pianificazione deve essere documentata (per consentire una appropriata, conseguente valutazione dei risultati). Il percorso di inserimento si deve concludere con la valutazione della sua efficacia (vedi anche 4.2.4)	Vedere allegati	SOC Gestione Personale e Relazioni Sindacali	4.2.1 ALL 01 PO 36-GRU 04 Percorso Accoglienza Inserimento Neoassunto 4.2.1 ALL 02 ALL01 di PO 36-GRU 04 Accoglienza Inserimento Neoassunto 4.2.1 ALL 03 ALL02 di PO 36-GRU 04 Accoglienza Inserimento Neoassunto 4.2.1 ALL 04 Lo sportello di ascolto – locandina 4.2.1 ALL 05 Lo sportello psicologico – comunicato stampa

Arrivo: AOO A1400A, N. Prot. 00037513 del 16/11/2020



Azioni di miglioramento prevista	Termine	Responsabilità	Allegato
<b>Indicazioni:</b>			
1.2.2: Come da buona prassi, le procedure aziendali visionate individuano degli indicatori per il monitoraggio della loro applicazione. Occorre però raccogliere sempre i dati da questi previsti e valutarli (ad esempio relativamente alla procedura sull'attivazione della continuità assistenziale).	Vedere allegati	SOC DSPO SOC DISTRETTO	1.2.2 ALL 01 Nota prot. n°55942 del 28/09/2020 Relazione Enti Rischio Clinico, Qualità appropriatezza, PNE 1.2.2 ALL 02 Obiettivi Qualità 2019 All B Atto 433 1.2.2 ALL 03 scheda budget GAT 2019 1.2.2 ALL 04 scheda budget DISTRETTO 2019 1.2.2 ALL 05 scheda budget GERIATRIA 2019 1.2.2 ALL 06 del 729 ALL B OIV 2019 1.2.2 ALL 07 del 729 ALL C OIV 2019 1.2.2 ALL 08 deliberazione n° 729 obiettivi aziendali 2019 – risultanze 1.2.2 ALL 09 Tabella indicatori continuità assistenziale NOCC – NDCC 1.2.2 ALL 10 AUDIT_CLINICO_ORG ANIZZATIVO_TRASP ORTI_SECONDARI_P E R_PAZIENTI_PEDIATR ICI 1.2.2 ALL 11 Continuità di Cura Osp edale_Territorio_Preven zione_della_Trombosi_V enosa_Profonda_e_dell_ Embolia_Polmonare 1.2.2 ALL 12 il_percorso_frattura_di_f emore_nell_anziano 1.2.2 ALL 13 Percorso_per_l_attivazio ne e la gestione di un

Arrivo: AOO A1400A, N. Prot. 00037513 del 16/11/2020



Azioni di miglioramento prevista	Termine	Responsabilità	Allegato
			<p>_Laboratorio_di_Cardiologia_Interventistica_in_una_Azienda_Sanitaria_Spoke</p> <p>1.2.2 ALL 14</p> <p>Percorso_Tumori_della_Mammella</p> <p>1.2.2 ALL 15</p> <p>Prevenzione_e_Gestione_della_Contenzione_Meccanica_nel_Servizio_Psichiatrico_di_Diagnosi_e_Cura_SPDC</p> <p>1.2.2 ALL 16</p> <p>UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE TIC PER DEOSPEDALIZZARE I PAZIENTI CON MALATTIA RENALE CRONICA</p>
1.3.1: Sono stati assegnati gli obiettivi ai Direttori dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse: è opportuno che l'assegnazione sia estesa a tutti i Dirigenti.	Entro 31/12/2020	SOC Gestione Personale e Relazioni Sindacali	-
1.5.5: Sul sito WEB sono pubblicati i dati sui tempi di attesa per diverse prestazioni. Si richiede che siano diffusi anche altri dati/informazioni che diano contezza della qualità dei servizi erogati.	Vedere allegato	SOC Affari Generali Legali e Istituzionali	1.5.5 ALL 01 Nota prot. n° 64155 del 02/11/2020 SOS Organi/Organismi collegiali – Comunicazione – Supporto Strategico
1.6.1: In Azienda sono attivi alcuni sistemi operativi per la segnalazione e la gestione di specifici disservizi (ad es. quelli legati al funzionamento delle apparecchiature e degli impianti). Occorre prevedere una modalità di segnalazione e gestione anche dei disservizi organizzativo/procedurali (ad es. mediante lo strumento delle non conformità).	Vedere allegato	SOC Logistica e Servizi Informatici	1.6.1 ALL 01 Nota prot. n° 64577 del 04/11/2020 SOC Logistica e Servizi informatici 1.6.1 ALL 02 Relazione disservizi 1.6.1 ALL 03 Analisi servizio ristorazione degenti 1.6.1 ALL 04 Moduli pulizie

Arrivo: AOO A1400A, N. Prot. 00037513 del 16/11/2020



Azioni di miglioramento prevista	Termine	Responsabilità	Allegato
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).	Vedere allegato	SOC Affari Generali Legali e Istituzionali	1.6.4 ALL 01 Nota prot. n° 64155 del 02/11/2020 SOS Organi/Organismi collegiali – Comunicazione – Supporto Strategico
2.5.5: L'Azienda ha implementato un sistematico e accurato controllo della documentazione sanitaria: si raccomanda di gestire puntualmente tutte le eventuali criticità rilevate (ad es. nel controllo delle cartelle cliniche dell'ortopedia di Domodossola sono state rilevate alcune criticità relativamente alle quali non c'è evidenza dell'azione migliorativa adottata).	Vedere allegato	SOC DSPO	2.5.5 ALL 01 Nota prot. n° 71268 del 19/11/2019 DSPO e Nota prot. n° 76273 del 13/12/2019 - DSPO
3.1.3: Occorre raccogliere la documentazione comprovante i sopralluoghi effettuati periodicamente dal medico competente e dal SSP sui luoghi di lavoro.	Vedere allegato	SOS SPP Funzione Medico Competente	3.1.3 ALL 01 Sopralluoghi medico competente
3.1.4: Il Servizio di Prevenzione ha adottato un flusso informativo ed una modalità operativa che gli consentono di monitorare il fenomeno infortunistico e di adottare le conseguenti, eventuali misure correttive. Si raccomanda di completare il percorso prevedendo un sistematico e documentato monitoraggio delle azioni correttive messe in atto.	Vedere allegato	SOS SPP	3.1.4 ALL 01 Modulo di verifica azione correttiva infortunistico
4.1.2: Per una gestione più strutturata della formazione, l'Azienda ha iniziato la "profilazione" delle diverse figure di operatori associando a queste le competenze richieste. Si	Vedere allegato	SOS Formazione SPP	4.1.2 ALL 01 Nota prot. n° 64064 del 02/11/2020 SOS Formazione

Arrivo: AOO A1400A, N. Prot. 00037513 del 16/11/2020



Azioni di miglioramento prevista	Termine	Responsabilità	Allegato
raccomanda di pianificare il completamento di tale attività.			
4.1.5: E' opportuno definire modalità strutturate per condividere all'interno della struttura di appartenenza le conoscenze acquisite nella formazione esterna.	Vedere allegato	SOS Formazione	4.1.5 ALL 01 Nota prot. n° 64064 del 02/11/2020 SOS Formazione
4.2.3: Il personale neo-assunto partecipa alle iniziative formative sul rischio clinico organizzate con continuità e significativa frequenza dall'Azienda. E' opportuno però strutturare un percorso formativo specifico per questi operatori, da svilupparsi nel primo anno di attività, tenendo conto dei loro peculiari fabbisogni formativi.	Vedere allegato	SOS Formazione	4.2.3 ALL 01 PO 36-GRU 04 Percorso Accoglienza Inserimento Neoassunto 4.2.3 ALL 02 ALL01 di PO 36-GRU 04 Accoglienza Inserimento Neoassunto 4.2.3 ALL 03 ALL02 di PO 36-GRU 04 Accoglienza Inserimento Neoassunto 4.2.3 ALL 04 Lo sportello di ascolto - LOCANDINA 4.2.3 ALL 05 Sportello Psicologico
5.1.3: La struttura ha previsto alcuni momenti di comunicazione interna: occorre definire un piano di comunicazione globale che regola le modalità di diffusione delle informazioni a tutti i soggetti interessati (chi, cosa, come e quando).	Vedere allegato	SOC Affari Generali Legali e Istituzionali	5.1.3 ALL 01 Nota prot. n° 64155 del 02/11/2020 SOS Organi/Organismi collegiali – Comunicazione – Supporto Strategico Piano Comunicazione Globale
5.3.3: L'azienda ha individuato e disciplinato diversi momenti della comunicazione con pazienti e <i>care giver</i> (ad es. all'accoglienza, il consenso informato, ecc): occorre però estenderne la regolamentazione almeno ai momenti in cui è più necessaria (ad esempio per l'intero percorso di ricovero).	Vedere allegato	SOC DSPO SOC Affari Generali Legali e Istituzionali	5.3.3 ALL 01 Nota prot. n° 64155 del 02/11/2020 SOS Organi/Organismi collegiali – Comunicazione – Supporto Strategico

Arrivo: AOO A1400A, N. Prot. 00037513 del 16/11/2020



Azioni di miglioramento prevista	Termine	Responsabilità	Allegato
5.5.3: Il competente ufficio aziendale effettua strutturate e periodiche indagini di <i>customer satisfaction</i> . Occorre però cercare di incrementare il tasso di risposta degli utenti (nel 2019 il tasso è stato del 3,7%).	Vedere allegato	SOC Affari Generali Legali e Istituzionali	5.5.3 ALL 01 Nota prot. n° 64155 del 02/11/2020 SOS Organi/Organismi collegiali – Comunicazione – Supporto Strategico
5.5.5: I risultati della <i>customer satisfaction</i> sono diffusi all'esterno attraverso i canali di comunicazione istituzionali (ad es. CAP): occorre anche pubblicarli sul sito web, unitamente alle misure di miglioramento.	Vedere allegato	SOC Affari Generali Legali e Istituzionali	5.5.5 ALL 01 Nota prot. n° 64155 del 02/11/2020 SOS Organi/Organismi collegiali – Comunicazione – Supporto Strategico
7.3.3: In sede di audit si sono visti alcuni esempi di valutazione dei risultati raggiunti da importanti innovazioni organizzative e tecnologiche messe in atto. 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).  In Azienda è operante una Commissione Tecnica che valuta le richieste di nuove apparecchiature formulate dai Direttori delle Strutture. Si richiede di rivalutare la composizione della Commissione Tecnica, prevedendo il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali necessarie per una adeguata e completa valutazione degli acquisti richiesti (a solo titolo esemplificativo: rischio clinico)	Vedere allegati	SOC Logistica e Servizi Informatici SOC Gestione Economica Finanziaria e Patrimonio	7.3.3 ALL 01 Progetto Centro di Terapia del Dolore 7.3.3 ALL 02 Studio per la Progettazione di un Laboratorio di Interventistica Cardiovascolare 7.3.3 ALL 03 Project Premio Innovazione Digitale in Sanità 2020 7.3.3 ALL 04 Nota prot. n° 64435 del 03/11/2020 GEP 7.3.3 ALL 05 MOD. 1 Richiesta acquisto attrezzatura sanitaria 7.3.3 ALL 06 AUDIT_CLINICO_ORGANIZZATIVO_TRASPORTI_SECONDARI_PER_PAZIENTI_PEDIATRICI 7.3.3 ALL 07 Continuità di Cura Ospedale_Territorio_Prevenzione della Trombosi Venosa Profonda e dell'Embolia Polmonare 7.3.3 ALL 08 il percorso frattura di femore nell'anziano 7.3.3 ALL 09

Arrivo: AOO A1400A, N. Prot. 00037513 del 16/11/2020



Azioni di miglioramento prevista	Termine	Responsabilità	Allegato
			Percorso per l'attivazione e la gestione di un Laboratorio di Cardiologia Interventistica in una Azienda Sanitaria Spoke 7.3.3 ALL 10 Percorso Tumori della Mammella 7.3.3 ALL 11 Prevenzione e Gestione della Contenzione Meccanica nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura SPDC 7.3.3 ALL 12 UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE TIC PER DEOSPEDALIZZARE I PAZIENTI CON MALATTIA RENALE CRONICA
Azioni di miglioramento prevista	Termine	Responsabilità	Allegato
<b>Osservazioni:</b>			
Completare il caricamento dati sul nuovo software di gestione delle apparecchiature	Vedere allegato	SOS Servizio Tecnico e Coordinamento Aziendale nuovo ospedale	Osservazioni ALL 07 Nota prot. n° 64562 del 04/11/2020 SOS Tecnico Coordinamento Aziendale nuovo ospedale
Rendere più immediata la fruibilità dei dati sul sito WEB (ad es. dati sulla qualità dei servizi erogati)	Vedere allegato	SOC Affari Generali Legali e Istituzionali	Osservazioni ALL 02 Nota prot. n° 64155 del 02/11/2020 SOS Organi/Organismi collegiali – Comunicazione – Supporto Strategico



Azioni di miglioramento prevista	Termine	Responsabilità	Allegato
Completare ed utilizzare il registro per il monitoraggio dei tempi di consegna della cartella clinica	Vedere allegato	SOC DSPO	Osservazioni ALL 01 Nota prot. n° 63228 del 29/10/2020 - DSPO
Compatibilmente con le difficoltà operative a noi illustrate, procedere alla individuazione del CUG e della Consigliera di fiducia	Entro il 31/12/2020	SOC Gestione Personale e Relazioni Sindacali	-
Assicurare puntualmente anche ai neoassunti le informazioni sullo sportello di ascolto	Vedere allegato	SOC Gestione Personale e Relazioni Sindacali	Osservazioni ALL 03 PO 36-GRU 04 Accoglienza Inserimento Neoassunto Osservazioni ALL 04 Lo sportello di ascolto – Locandina Osservazioni ALL 05 Lo sportello psicologico – comunicato stampa
Completare il Manuale delle analisi microbiologiche e implementazione e monitoraggio della procedura dell'emocoltura	Vedere allegato	SOC Laboratorio Analisi e SOS UPRI	Osservazioni ALL 06 Bozza Procedura Emocoltura

Arrivo: AOO A1400A, N. Prot. 00037513 del 16/11/2020