

Codice A1414C

D.D. 22 gennaio 2021, n. 82

"Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" sita in via Venezia n.16 ad Alessandria: accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs 30dicembre 1992, n. 502 con la verifica dei requisiti contenuti nella Determinazione del DirettoreSanità del 15 novembre 2017, n. 725



ATTO DD 82/A1400A/2021

DEL 22/01/2021

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

OGGETTO: "Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" sita in via Venezia n.16 ad Alessandria: accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs 30dicembre 1992, n. 502 con la verifica dei requisiti contenuti nella Determinazione del DirettoreSanità 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/CSR 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 PEC del 15 gennaio 2020, prot. n. 24354/2019 del 18.12.2020, il Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliera Nazionale *“SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo”* sita in via Venezia n. 16 ad Alessandria 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. 97282 del 26 novembre 2020 (protocollo regionale n. 39427/A1414C del 27.11.2020) il Dirigente Responsabile dell’Organismo Tecnicamente Accreditante costituito presso l’ARPA Piemonte ha trasmesso la relazione finale di verifica accreditamento dell’Azienda Ospedaliera Nazionale *“SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo”* sita in via Venezia n. 16 ad Alessandria .

Nella relazione l’OTA informa che l’attività di verifica, effettuata nei giorni 6 e 7 ottobre 2020, aveva evidenziato delle criticità classificate come non conformità 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 delle stesse.

Con nota prot. n. 24306 del 13.11.2020 il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera ha trasmesso il piano di adeguamento richiesto, con l'indicazione delle azioni che intende adottare, le tempistiche e le responsabilità in merito per la risoluzione delle stesse.

L'Organismo Tecnicamente Accreditante, esaminato il piano di adeguamento, esprime parere tecnico favorevole di accreditabilità dell'Azienda Ospedaliera Nazionale "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" sita in via Venezia n. 16 ad Alessandria poichè ritiene che il piano di adeguamento preveda soluzioni adeguate per il miglioramento delle non conformità ed indicazioni riportate nel Rapporto di verifica e che le tempistiche di realizzazione previste siano proporzionate alla complessità delle azioni da implementare.

L'Organismo Tecnicamente Accreditante, come previsto dalla procedura di verifica, si riserva di provvedere ad una verifica entro il 15 aprile 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 dell'art. 8-quater del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 l'Azienda Ospedaliera Nazionale "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" sita in via Venezia n. 16 ad Alessandria, secondo l'articolazione dei servizi di diagnosi e cura rappresentata sull'applicativo ARPE – Archivio Regionale Punti di Erogazione, con la verifica dei requisiti contenuti nella Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725;

2. di far carico al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera 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 15 aprile 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 Ospedaliera Nazionale "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" 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 Funzionario estensore
dott. Antonio Tricarico*

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 ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. piano_adequamento.pdf

Allegato



¹ 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



AO AL

Azienda Ospedaliera
di **ALESSANDRIA**
Santi Antonio e Biagio
e Cesare Arrigo

Via Venezia, 16 – 15121 ALESSANDRIA
Tel. 0131 206111 – www.ospedale.al.it
info@ospedale.al.it

asolessandria@pec.ospedale.al.it (solo certificata)

C.F. – P.I. 01640560064

DIRETTORE GENERALE: dr. Giacomo Centini

Tel: 0131-206279

e-mail: direttoregenerale@ospedale.al.it

Prot. n. 24306
del 13.11.2020

Spettabile

Arpa Piemonte

Organismo Tecnicamente Accreditante

direzione@pec.arpa.piemonte

OGGETTO: Piano di adeguamento

In riferimento alla Vostra Nota Prot. N.81189 ad oggetto “Rapporto di verifica A.O.N. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, si trasmette in allegato il piano di adeguamento che riporta le azioni da adottare, le tempistiche e le responsabilità in merito alla Non conformità minore e alle indicazioni evidenziate dal rapporto di audit.

IL DIRETTORE GENERALE

dr. Giacomo CENTINI

Att. Piano di adeguamento

S.C. Area Sviluppo Strategico e innovazione Organizzativa

Direttore: ing. Roberta Bellini

rbellini@ospedale.al.it

Responsabile del procedimento: ing. Roberta Bellini

Tel: 0131/20408 – email: rbellini@ospedale.al.it

REGIONE
PIEMONTE

www.regione.piemonte.it/sonita

PIANO DI MIGLIORAMENTO AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo

REQUISITO	TIPO DI RILIEVO	EVIDENZE	AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILITA'	TEMPI
4.2.1	NC minore	la procedura di accoglienza e di inserimento del personale neoassunto e volontario deve essere predisposta per tutte le figure professionali (attualmente è definita per il personale del comparto)	Redazione di un modulo per il percorso del Medico neoassunto	SC Direzione Medica dei presidi, SC Area Politiche risorse umane	GENNAIO 2021
1.1.2	indicazione	è stata fornita evidenza che nelle riunioni di struttura vengono discussi gli obiettivi di competenza alla struttura complessa: occorre formalizzare l'assegnazione degli obiettivi ai singoli dirigenti medici	Revisione dell'attuale scheda del Dirigente Medico con integrazione di spazio dedicato alla descrizione dell'assegnazione degli obiettivi ai singoli dirigenti medici	SC Direzione Medica dei Presidi, SC Area Politiche risorse umane	MARZO 2020
1.4.1	indicazione	viene svolta l'attività di pulizia periodica delle liste d'attesa, occorre però specificarla in apposita procedura	Ultimare la bozza del regolamento relativo all'attività chirurgica e rivedere la bozza dei documenti relativi all'attività medica	SC Direzione Medica dei Presidi, DS, SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	MARZO 2021
1.6.4	indicazione	in diversi documenti sono descritte alcune attività in un piano di comunicazione esterna individuando le funzioni responsabili e i relativi oggetti di comunicazione	Ultimare la bozza del Piano di comunicazione integrandola con l'individuazione dei responsabili della comunicazione, le funzioni e gli oggetti della comunicazione	SC Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione-Settore comunicazione	GENNAIO 2021

2.4.1	indicazione	nelle strutture certificate, che costituiscono la maggior parte delle strutture dell'Azienda, sono utilizzati diversi strumenti per la valutazione della qualità dell'assistenza (principalmente predisposizione di PDTA riferiti a Linee guida, l'utilizzo di indicatori di percorso o relativi a singole raccomandazioni EB, il riesame sistematico dell'attività): è opportuno estendere queste buone pratiche a tutte le strutture	Implementare il registro indicatori nelle strutture dell'Azienda non certificate	GDL della singola struttura, SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	MARZO 2020
2.4.3	indicazione	alcuni percorsi di cura sono stati definiti in collaborazione con pazienti e familiari: occorre strutturare la valutazione dei percorsi di cura da parte della persona assistita e del familiare dando continuità a questa attività	Integrare la sezione della P01 dedicata alla costruzione del PDTA inserendo che: - le associazioni dei pazienti verranno coinvolte attraverso la conferenza aziendale di partecipazione durante la quale verranno raccolte specifiche esigenze/necessità dei pazienti - la costruzione del PDTA rimane interna e a carico dei professionisti coinvolti nel percorso - la validazione del PDTA coinvolgerà le associazioni dei pazienti prima dell'emissione del documento	SC Direzione Medica dei Presidi, SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	DICEMBRE 2020

2.4.7	indicazione	in Azienda sono utilizzati molti PDTA (raccolti anche centralmente). Alcuni di questi presentano delle criticità di aggiornamento: occorre definire una regola al riguardo e applicarla	Inserire nella P01 la modalità della revisione del documento: ad ogni necessità e almeno ogni 5 anni	SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	DICEMBRE 2020
2.5.5	indicazione	si è presa visione di un esempio di verifica della documentazione sanitaria: occorre revisionare la vigente istruzione operativa in materia regolamentando in modo puntuale questa attività (responsabilità, periodicità, campionamento)	Revisione della Idmp04 Verifica cartelle cliniche integrandola di responsabilità delle attività, tempistiche, n°campioni	SC Direzione Medica dei Presidi	MARZO 2021
4.1.5	indicazione	in caso di aggiornamento all'esterno dell'Azienda, è prevista una relazione al riguardo all'ufficio formazione: è da prevedere anche la condivisione all'interno dell'Azienda delle conoscenze acquisite all'esterno	Integrare la P09 "Formazione e addestramento del personale" con la descrizione delle modalità di condivisione delle conoscenze acquisite nei corsi esterni all'Azienda	SC Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione-Settore comunicazione	MARZO 2021
4.2.3	indicazione	il personale neoassunto 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	Integrazione della proposta formativa aziendale Neoassunti con un modulo relativo al rischio clinico (biologico, utilizzo DPI ecc) e formalizzazione delle modalità nella P09 "Formazione e addestramento del personale"	SSa Servizio Prevenzione Protezione, SSa Rischio clinico, SC Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione-Settore comunicazione	GEN 2021

		attività, tenendo conto dei loro peculiari fabbisogni formativi			
4.2.4	indicazione	essendo provider, l'Azienda prevede nell'organizzazione dei corsi un momento di valutazione dell'efficacia da parte dei partecipanti: occorre prevedere anche una valutazione delle ricadute dei corsi sull'attività lavorativa (descrivendone modalità e responsabilità)	Integrare la P09 "Formazione e addestramento del personale" con la descrizione delle modalità per la valutazione dell'efficacia e della ricaduta sull'attività lavorativa	SC Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione-Settore comunicazione	MARZO 2021
5.2.2	indicazione	occorre fornire evidenza della nomina della consigliera di fiducia e di come il personale possa contattarla	Formalizzazione della nomina della consigliera di fiducia e aggiornamento della pagina Intranet "Portale del dipendente"	SC Area Politiche risorse umane	MARZO 2021
5.3.3	indicazione	l'Azienda ha organizzato nel tempo diversi corsi sulla comunicazione con i pazienti: occorre formalizzare in un documento a sistema le modalità di comunicazione da adottare e quale tipo di informazione/contebuti viene	Redazione di un documento aziendale che descriva le modalità di comunicazione, le responsabilità e l'oggetto della comunicazione in caso di paziente cronico e paziente acuto	SC Direzione Medica dei presidi, SSD Psicologia, SSa Rischio clinico, SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	MARZO 2021

		fornita l paziente (e caregiver)			
5.4.4	indicazione	è necessario definire la procedura per la valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione del paziente	Inserire nella P12 che i modelli aziendali dei consensi verranno condivisi e discussi durante la CAP	SSa Rischio clinico, SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	DICEMBRE 2020
6.2.1	indicazione	l'Azienda ha presentato l'elenco dei documenti che recepiscono la gran parte delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione del rischio clinico: occorre che specifichi anche come ha recepito le raccomandazioni 18 e 19	Ultimare la bozza di revisione del DVA 16 "Gestione del farmaco" Aggiornare la delibera UGR inserendo il CIO tra i componenti fissi	SSa Rischio clinico, SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa, SC Farmacia ospedaliera gestione dispositivi medici	MARZO 2021
6.3.5	indicazione	sono promosse buone pratiche e raccomandazioni per l'assicurazione della sicurezza: è necessario strutturare e conseguentemente realizzare il monitoraggio della loro corretta applicazione	Predisporre check-list per il monitaoraggio	SSa Rischio clinico	GENNAIO 2021

6.4.4	indicazione	occorre predisporre delle procedure che disciplinino la partecipazione e il coinvolgimento della persona assistita al processo della gestione del rischio (paziente inteso anche come coinvolgimento delle associazioni rappresentative dei pazienti)	Aggiornare delibere composizione e regolamento CAP inserendo funzione rischio clinico tra i componenti CAP	SSa Rischio clinico, SC Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione-Settore comunicazione	MARZO 2021
7.3.3	indicazione	in occasione di alcune riorganizzazioni dell'attività (ad esempio del pre-ricovero) è stato predisposto un articolato sistema di monitoraggio dell'efficacia dell'innovazione introdotta: occorre regolamentare questa attività, estendendola anche alle innovazioni più significative	Integrare la P05 "Azioni di miglioramento" descrivendo la metodologia A3 Redigere documento aziendale che descrive il processo HTA	SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa, SC Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione	GENNAIO 2021

Data

Firma