

Codice A1414D

D.D. 28 luglio 2022, n. 1404

Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara sita in corso Mazzini n. 18 a Novara: 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 1404/A1414D/2022

DEL 28/07/2022

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari

OGGETTO: Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara sita in corso Mazzini n. 18 a Novara: accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 con la verifica dei requisiti previsti nella Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725

Premesso che,

il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 21”* dispone, all'art. 8-quater *“Accreditamento Istituzionale”*, che l'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private (...), subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;

con DGR del 10 aprile 2006, n. 60-2595 è stato approvato lo schema di accordo tra la Regione Piemonte e l'ARPA per la definizione delle procedure di accreditamento delle strutture sanitarie prevedendo al riguardo due risultati strategici: progettazione e realizzazione delle attività di verifica per percorsi assistenziali e individuazione degli indicatori per il risultato per la *“verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti”*;

con le Determinazioni Dirigenziali n. 79 del 28.3.2007 e n. 186 del 21.4.2009 sono stati stabiliti gli strumenti e le modalità operative per lo svolgimento delle attività di verifica di accreditamento sperimentale per percorsi assistenziali assicurati dalle Aziende Sanitarie pubbliche, relativi alla protesi d'anca, all'infarto miocardico acuto (IMA STEMI e non STEMI) e al tumore del colon-retto.

Preso atto che,

la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome nella seduta del 20 dicembre 2012 ha sancito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome sul documento recante *“Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento”* Rep. Atti

259/CSR;

la sopraccitata Intesa:

- si prefigge lo scopo di uniformare il variegato sistema di requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in essere nelle singole Regioni italiane anche in considerazione dei recenti indirizzi europei. In particolare l'Intesa intende promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento istituzionale/autorizzazione definendo, al contempo, per ciascun requisito o gruppi di requisiti, gli obiettivi che devono essere perseguiti. L'Intesa in argomento definisce inoltre le modalità di verifica che devono essere adottate dalle Regioni per garantire che effettivamente le strutture siano dotate dei requisiti richiesti;

- sancisce l'impegno di Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano a recepire l'Intesa medesima entro sei mesi dalla data della sua approvazione, stabilendo, al contempo, che le modalità e i tempi di adeguamento ai contenuti del predetto *"Disciplinare sulla revisione della normativa dell'accreditamento"* saranno definiti, entro dicembre 2013, dal Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale da costituire presso il Ministero della Salute.

Con DGR del 28 giugno 2013, n. 9-6021 è stata recepita l'Intesa sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante *"Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento"* completa del suo allegato recante *"Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento"*, in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009), Rep. n. 259/CSR del 20 dicembre 2012, inviando a successive indicazioni del Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, le modalità e i tempi di adeguamento da parte della Regione Piemonte ai contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012;

con DGR del 28 giugno 2013, n. 3-6015 è stato dato incarico all'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale - Arpa a svolgere le attività di verifica sul possesso dei requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie ai sensi della DCR n. 616-3149 del 22 febbraio 2000 e s.m.i..

Considerato che,

la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome nella seduta del 19 febbraio 2015 ha sancito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome sul documento recante *"Cronoprogramma adeguamenti della normativa delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano inerente i criteri ed i requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR)"* e sul documento recante *"Criteri per il funzionamento degli Organismi Tecnicamente Accredитanti ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012"* convenendo, tra l'altro che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si impegnino, in materia di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie, a recepire formalmente i contenuti dell'Intesa, nonché ad uniformarsi ai criteri in essa definiti;

con DGR del 02 novembre 2015, n. 32-2633 è stata recepita l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015) e l'Arpa, istituita con L.R. 13 aprile 1995, n. 60, è stata deputata quale "Organismo Tecnicamente Accreditante", in quanto ritenuto soggetto "terzo";

con Determinazione del Direttore n. 725 del 15 novembre 2017 si è provveduto di aggiornare il manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte, di

cui alla Determinazione del Direttore Regionale del Controllo delle Attività Sanitarie del 5 settembre 2001, n. 277, comprendendo, quali requisiti organizzativi generali, i requisiti previsti dal *“Disciplinare per la revisione della normativa dell’accreditamento”* allegato A dell’Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CRS del 20 dicembre 2012);

il sopra citato atto prevede che l’accreditamento, quale strumento di garanzia dei livelli di qualità delle strutture sanitarie, finalizzato anche a garantire l’eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell’accreditamento, sia soggetto a verifica periodica con cadenza non superiore a cinque anni e comunque ogni volta che si 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 PEC del 04 maggio 2022 (protocollo regionale n. 16908/A1414D del 04.05.2022) il Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara sita in corso Mazzini n. 18 a Novara 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. 65914 del 18 luglio 2022 (protocollo regionale n. 27478/A1414D del 19.07.2022) il Dirigente Responsabile dell’Organismo Tecnicamente Accreditante costituito presso l’ARPA Piemonte ha trasmesso la relazione finale di verifica accreditamento dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara sita in corso Mazzini n. 18 a Novara 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 24 e 25 maggio 2022, sono state evidenziate alcune criticità classificate in non conformità minori o raccomandazioni e pertanto si richiedeva al Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di comunicare l’avvenuto superamento delle non conformità minori, delle raccomandazioni, dell’aggiornamento documentale/procedurale e dei requisiti dichiarati in parte soddisfatti. Si richiedeva inoltre di allegare le pertinenti evidenze o di predisporre un piano di miglioramento indicando le azioni da adottare, le tempistiche e le responsabilità di risoluzione delle stesse.

L'Organismo Tecnicamente Accreditante ha esaminato il piano di miglioramento ed ha ritenuto che le soluzioni proposte dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria 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 Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara sita in corso Mazzini n. 18 a Novara, 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 Ospedaliero-Universitaria 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 Ospedaliero-Universitaria 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



DIREZIONE SANITARIA DEI PRESIDI OSPEDALIERI

Direttore Dr. Andrea Capponi

SS Verifica Revisione Qualità

Segreteria: 0321 / 373.3548 - 3693

E-Mail: qualita@maggioreosp.novara.it

Prot. 20098 /22

Novara, 06/07/2022

Alla C.A.

OTA Arpa Piemonte
protocollo@pec.arpa.piemonte.it

Direzione Sanità Regione Piemonte
sanita@cert.regione.piemonte.it

e p.c. Direzione Generale

SEDE

OGGETTO: Invio Piano di Adeguamento relativo a esiti Verifica di Accreditamento 24-25 maggio 2022.

A seguito del ricevimento del Verbale relativo alla Verifica di Accreditamento regionale svoltasi nelle giornate del 24 e 25 maggio 2022 che riporta complessivamente: 6 NC minori, 9 raccomandazioni e 3 requisiti già dichiarati non soddisfatti, è stato messo a punto il relativo Piano di Adeguamento aziendale.

Si precisa che, rispetto ad una delle 6 NC minori, quella relativa al requisito 1.5.1, sono state inviate alcune precisazioni documentate di approfondimento, favorevolmente accolte dal Gruppo di Verifica, pertanto il requisito è stato ritenuto soddisfatto.

Per ciascuno degli altri punti evidenziati a verbale sono state quindi indicate le azioni di miglioramento già attivate (vedasi a titolo esemplificativo evidenze di cui agli allegati 1-2-3-4-5) e quelle che saranno realizzate entro i tempi indicati nel Piano di Adeguamento in allegato.

Si resta a disposizione per eventuali necessità

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale
- Dr. Gianfranco ZULIAN -
(firmato in originale)

AC/nim

Allegati: - Piano di Adeguamento
- Allegati: evidenze 1-2-3-4-5

Referente Certificazione/Accreditamento: Collab. Amm.vo Prof.le M.C. La Marca (3693)

1° Criterio: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie					
Requisito	Cod.	Criticità rilevate in verifica	Azioni di Miglioramento	Responsabilità	Tempistica
1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	1.2.3	RACCOMANDAZIONE L'implementazione di un protocollo aziendale del dolore comprensivo delle scale/modalità di valutazione e schema per l'uso dei farmaci	E' stato già avviato l'aggiornamento del protocollo aziendale che recepisce e contestualizza la normativa in materia di gestione del dolore. Nel documento saranno opportunamente integrate le scale di valutazione del dolore del paziente adulto e pediatrico (1.2.3.2), i criteri di valutazione e gli schemi per l'uso dei farmaci (1.2.3.3).	SC DSPO	31/10/2022
1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	1.5.1	NC MINORE: Manca evidenza del documento che descriva azioni, obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione delle verifiche INVIATA RICHIESTA DI CHIARIMENTI AL GRUPPO DI VERIFICA IN DATA 26/05/2023	RISPOSTA ARPA - 01/06/2022 Il documento di riferimento per il requisito 1.5.1 è la procedura aziendale PG AOU 9-002 che descrive l'attività spiegata verbalmente nel corso dell'audit di verifica. In sede di verifica non è stato visto e nell'autovalutazione non era stato citato. Pertanto può essere accettato in soddisfazione della relativa non conformità minore, nel piano di miglioramento, al fine della valutazione finale.	SC DSPO	NC MINORE CHIUSA

1° Criterio: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie					
Requisito	Cod.	Criticità rilevate in verifica	Azioni di Miglioramento	Responsabilità	Tempistica
1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.3	RACCOMANDAZIONE Implementare l'analisi di un processo critico evidenziato dal report annuale di monitoraggio	Dalla Relazione Annuale di "Attività di Pubblica Tutela" relativa al 2019 sono stati evidenziati dagli utenti 2 aspetti critici rispettivamente di natura "burocratico-amministrativa" e di natura "relazionale di umanizzazione" che necessitavano di un'azione risolutiva urgente. 1) La prima criticità riguardava la necessità di effettuare le prenotazioni ed il pagamento del ticket ON LINE. A tal fine l'URE ha segnalato alla Direzione Generale il problema e si è tempestivamente provveduto ad attivare i circuiti ON LINE offerti dalla Regione Piemonte (www.salutepiemonte.it). A tal fine è stato predisposto il relativo opuscolo informativo "Risparmia tempo utilizza i servizi ON LINE" disponibile sia in formato cartaceo che sul SitoWeb aziendale. (Vedasi: Allegato Opuscolo in allegato). 2) La seconda criticità derivava dalle lamentele degli utenti che segnalavano, nonostante il divieto vigente, la presenza di numerosi fumatori all'esterno delle aree a loro riservate. A tal fine l'URE ha segnalato alla Direzione Generale il problema. E' stato avviato un tavolo di lavoro il 23/05/2022 con l'obiettivo di realizzare dal gennaio 2023 l'Ospedale senza fumo. Il gruppo di lavoro a provveduto a: aggiornare il regolamento, implementare corso FAD per la formazione dei preposti per la vigilanza e agli operatori, offrire accesso a servizio di disassessazione da fumo, progettare cartellonistica informativa. In deroga al regolamento, per il SOLO reparto di Psichiatria, stante il significato terapeutico del fumo, è stato previsto un locale "fumatori" dotato di idonea aerazione. Il nuovo regolamento sarà pubblicato sul SitoWeb aziendale. Vedasi Verbali del GdL per la sensibilizzazione alla dismissione dal fumo di tabacco del 23/05/2022, 06/06/2022 e del 4/07/2022 agli atti della Direzione Generale). Si conferma che l'approccio e la modalità di analisi e di gestione dei processi critici è attivo e sarà sistematicamente applicato in relazione agli esiti del monitoraggio annuale URE.	SC URE	AZIONE GIA' ATTIVATA
1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.5	RACCOMANDAZIONE Implementare l'analisi di un processo critico evidenziato dal report annuale di monitoraggio	Si conferma che questo approccio di analisi e di gestione dei processi critici è sistematicamente applicato in relazione agli esiti del monitoraggio annuale URE. Vedasi: 1.6.3	SC URE	AZIONE GIA' ATTIVATA

2° Criterio: Prestazioni e Servizi					
Requisito	Cod.	Criticità	Azioni di Miglioramento	Responsabilità	Tempistica
2.1 Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	2.1.2	RACCOMANDAZIONE Coinvolgere le associazioni di volontariato nella revisione annuale della carta dei servizi e dare evidenza sulla stessa di tale coinvolgimento	In data 8 giugno 2022 si è svolta la seduta della Conferenza Aziendale di Partecipazione congiunta tra AOU e ASL Novara. Nel corso dell'incontro il Direttore Sanitario dell'AOU, nonché Presidente della Conferenza Aziendale di Partecipazione, ha ricordato che l'URE è sempre a disposizione delle Associazioni di Volontariato e di tutela per accogliere eventuali osservazioni, integrazioni e proposte di miglioramento sia rispetto alla Carta dei Servizi che rispetto ai servizi erogati dall'Azienda. Tale argomento viene inserito di "default" all'ODG delle future riunioni della Conferenza Aziendale di partecipazione al fine di stimolare la segnalazione di utili suggerimenti di miglioramento da parte delle Associazioni di volontariato e di tutela. (Vedasi a titolo esemplificativo: Allegato 1 - Nota Accompagnamento e Allegato 2 - Verbale della Conferenza di Partecipazione del 08/06/2022).		AZIONE GIA' ATTIVATA
2.4 Il monitoraggio e la valutazione	2.4.3	RACCOMANDAZIONE Coinvolgere pazienti, familiari o associazioni nella redazione/revisione di PDTA, laddove è indicato	In data 8 giugno 2022 si è svolta la Seduta della Conferenza Aziendale di partecipazione congiunta tra AOU e ASL Novara che ha ufficializzato l'attività di condivisione con le Associazioni dei Cittadini e la ASL Novare relativa ai PDTA aziendali. Nello specifico nel corso dell'incontro è stato presentato ed illustrato il PDTA oncologico-ginecologico adottato dall'AOU. La presentazione è stata occasione di condivisione del modello di stesura dei PDTA. Questa iniziativa rappresenta il primo momento di condivisione che sarà mantenuto in occasione della revisione dei PDTA aziendali (Vedasi in allegato Verbale della Conferenza di Partecipazione del 08/06/2022).	SC URE	AZIONE GIA' ATTIVATA
2.5 La modalità di gestione della documentazione sanitaria	2.5.1	NC MINORE: Manca la formalizzazione di alcuni aspetti di gestione della cartella clinica quali: conservazione, archiviazione e responsabilità, non evidenziati nell'istruzione operativa IO_AOU_8-009 Completezza Cartella Clinica	E' in corso la revisione della procedura PG_AOU_040 Controllo completezza e Digitalizzazione CC con gli aspetti di gestione della documentazione sanitaria (tenuta, archiviazione, tempistica di conservazione secondo il massimario di scarto) fino alla chiusura della cartella per il conferimento della stessa alla fase di controllo e digitalizzazione.	SC DSPO	31/10/2022
2.5 La modalità di gestione della documentazione sanitaria	2.5.4	NC MINORE: Manca la formalizzazione di alcuni aspetti di gestione della cartella clinica quali: conservazione, archiviazione e responsabilità, non evidenziati nell'istruzione operativa IO_AOU_8-009 Completezza Cartella Clinica	Vedasi: 2.5.1	SC DSPO	31/10/2022

Redatto: Referente Certificazione/Accreditamento

Verificato: Direttore DSPO

Approvato: Direzione Generale AOU

3° Criterio: Aspetti Strutturali					
Requisito	Cod.	Criticità	Azioni di Miglioramento	Responsabilità	Tempistica
3.1 L'idoneità all'uso delle strutture	3.1.2	NC MINORE: Manca un documento che descriva i criteri oggettivi sulla priorità e tracciabilità degli interventi di manutenzione e la registrazione degli stessi	La SC GTE si è attivata per acquisire un software gestionale finalizzato alla registrazione e alla rendicontazione di tutti gli interventi manutentivi gestiti quotidianamente, dalla presa in carico alla chiusura degli stessi. Nel frattempo viene adottato un registro di excel nel quale saranno registrate le segnalazioni di maggiore rilievo attualmente gestite attraverso il sistema di messaggistica telefonica.	SC GTE	31/12/2022
3.2 Gestione e manutenzione delle attrezzature	3.2.5	RACCOMANDAZIONE Esplicitare la formazione su apparecchiature tecnologiche da parte di personale neo introdotto nel servizio	Nell'ambito delle procedure aziendali relative alla rilevazione e gestione dei fabbisogni formativi e all'inserimento del nuovo operatore, saranno previste le attività di addestramento per gli operatori che transitano da una struttura aziendale ad un'altra.	SS FORMAZIONE	31/12/2022
4° Criterio: Competenze del Personale					
Requisito	Cod.	Criticità	Azioni di Miglioramento	Responsabilità	Tempistica
4.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.4	RACCOMANDAZIONE Formalizzare le priorità dei bisogni formativi del personale	L'Area Formazione, in vista della definizione del Piano Formativo 2023, sulla base del confronto e di accordi con i vertici aziendali ed il Comitato Scientifico, provvederà alla definizione dei criteri di priorità dei fabbisogni formativi aziendali.	SS FORMAZIONE	31/12/2022
4.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.5	NC MINORE: Manca documento che preveda la condivisione delle conoscenze acquisite al di fuori dell'azienda	L'Area Formazione: 1) ha già provveduto ad utilizzare la nuova comunicazione di autorizzazione comando nella quale è stato precisato che l'operatore: - "Dovrà inoltre, in accordo con il Responsabile della Struttura, condividere, per quanto possibile, con i colleghi la formazione acquisita esternamente all'Azienda, nei tempi e modi più consoni all'attività del servizio" - (Vedasi: Allegato 3 - Format Comunicazione di autorizzazione comando). 2) provvederà alla pubblicazione delle relazioni presentate dagli operatori che si sono avvalsi del comando per la partecipazione ai corsi di formazione in un'area dedicata della rete intranet aziendale. E' stato consultato in merito il Gruppo Aziendale Privacy che ha espresso parere favorevole per la pubblicazione delle relazioni anonimizzate. 3) implementerà il monitoraggio "a campione" dell'avvenuta condivisione delle conoscenze all'interno delle Strutture (ad es. attraverso la verifica dei verbali degli incontri di condivisione)	SS FORMAZIONE	31/10/2022

4° Criterio: Competenze del Personale					
Requisito	Cod.	Criticità	Azioni di Miglioramento	Responsabilità	Tempistica
4.2 Inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.1	DICHIARATO NON SODDISFATTO IN AUTOVALUTAZIONE Procedere al completamento delle procedura e dare attuazione	E' in corso di completamento la procedura PG_AOU_7.2-xxx Inserimento operativo - job e competenze. La procedura prevederà sia le modalità "comuni" di inserimento che gli aspetti specifici relativi al personale medico, infermieristico ed amministrativo. La procedura terrà conto altresì di quanto indicato al requisito 3.2.5.1 (formazione/addestramento dell'operatore che viene trasferito ad altra struttura interna).	SC DSPO SC DIPSA	31/12/2022
4.2 Inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.2	RACCOMANDAZIONE Estendere la modulistica di inserimento del neo assunto a tutte le figure professionali e dare evidenza del riesame dell'attività svolta	Vedasi: 4.2.1	SC DSPO SC DIPSA	31/12/2022
4.2 Inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.4	RACCOMANDAZIONE Estendere la modulistica di inserimento del neo assunto a tutte le figure professionali e dare evidenza del riesame dell'attività svolta	Vedasi: 4.2.1	SC DSPO SC DIPSA	31/12/2022
5° Criterio: Comunicazione					
Requisito	Cod.	Criticità	Azioni di Miglioramento	Responsabilità	Tempistica
5.2 Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori	5.2.1	DICHIARATO NON SODDISFATTO IN AUTOVALUTAZIONE Implementare un sistema di valutazione e gestione del benessere organizzativo	In data 24/06/2022 il Medico Competente ha tenuto un incontro con la Direzione Aziendale ed il Responsabile del Servizio Protezione Protezione, al fine di valutare il coinvolgimento del Servizio di Psicologia Clinica aziendale nell'implementazione del sistema di valutazione del Benessere Organizzativo degli operatori. Il Responsabile della Psicologia Clinica si è reso disponibile a reperire materiale "validato" (questionario) per la rilevazione. Entro fine anno sarà pertanto strutturato il sistema di rilevazione e programmato l'avvio dell'indagine interna. Si conferma che resta inoltre garantita sia l'attività dello Sportello di Ascolto che l'attività del Gruppo Aziendale Stress lavoro correlato.	SC MEDLAV	31/12/2022

6° Criterio: Appropriatelyzza clinica e sicurezza					
Requisito	Cod.	Criticità	Azioni di Miglioramento	Responsabilità	Tempistica
6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.6	NC MINORE: Manca presenza di modalità strutturata della comunicazione ai pazienti e ai familiari degli eventi avversi, della gestione dell'impatto dell'evento sull'équipe e della risoluzione stragiudiziale del contenzioso	E' in corso di valutazione la modalità di formalizzazione della comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e familiari. La modalità di comunicazione sarà definita, previo parere dell'Ufficio Legale Aziendale, attraverso una specifica procedura ovvero approfondendo l'argomento all'interno della procedura aziendale PG_AOU_9-010 Gestione audit clinico.	SC DSPO	31/10/2022
6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.8	DICHIARATO NON SODDISFATTO IN AUTOVALUTAZIONE Procedere al completamento dei BIA e dei conseguenti BCP e rendere disponibile i file in rete con il relativo elenco	Proseguono i lavori di definizione dei BIA aziendali e dei relativi Business Continuity Plan. E' stato individuato un BCP pilota con l'obiettivo di estenderlo a tutti i reparti. Il 30 giugno 2022 si è svolto un incontro presso l'Aula Magna nel corso del quale è stato presentato il rationale del format aziendale BCP di riferimento ed è stata stimolata la collaborazione di tutti i reparti per perseguire l'obiettivo entro fine anno (Vedasi: Allegato 5 - Format BCP).	SC DSPO	31/12/2022



Azienda Ospedaliero-Universitaria
Maggiore della Carità
di Novara

SEDE LEGALE: Corso Mazzini, 18
28100 Novara - Tel. 0321.3731
www.maggioreosp.novara.it

Cod. Fiscale - Part. IVA: 01521330033

S.S. RELAZIONI ESTERNE – UFFICIO STAMPA

Direttore: dott.ssa Eleonora Cecot

Segreteria: ☎ 0321 373 3900

✉ relazioniesterne@maggioreosp.novara.it ✉ ufficiostampa@maggioreosp.novara.it

Prot. 20030/22

Novara, 22 giugno 2022

Alla cortese attenzione dei componenti della
Conferenza aziendale di partecipazione
A.O.U. "Maggiore della carità" di Novara

Oggetto: verbale della riunione della Conferenza aziendale di partecipazione - 8 giugno 2022.

Inoltre in allegato il verbale della seduta della Conferenza aziendale di partecipazione congiunta tra Azienda ospedaliero-universitaria "Maggiore della Carità" di Novara – Asl Novara, che ha avuto luogo l'8 giugno 2022, presso l'Aula magna dell'A.o.u.

RingraziandoVi per la Vostra partecipazione, colgo l'occasione per ricordarVi che la struttura Relazioni esterne dell'ospedale Maggiore è a disposizione delle Associazioni di volontariato e tutela per accogliere osservazioni, integrazioni e proposte in merito alle informazioni contenute nella "Carta dei servizi" dell'A.o.u. di Novara, pubblicata sul sito web (<https://www.maggioreosp.novara.it/comunicare/relazioni-con-il-pubblico/carta-dei-servizi/>).

La Carta dei servizi rappresenta un prezioso strumento di informazione e tutela per gli utenti che si rivolgono alla nostra struttura, dove sono presenti tutte le informazioni che agevolano l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari offerti dall'ospedale di Novara. La collaborazione con i rappresentanti delle associazioni di volontariato per il miglioramento e l'implementazione dell'offerta informativa già fornita, nell'ottica di una sempre maggiore aderenza alle esigenze degli utenti, rappresenta un compito primario per l'Azienda.

I miei più cordiali saluti.



Il Presidente
Conferenza Aziendale di Partecipazione
AOU Maggiore della Carità di Novara
dott.ssa Daniela Kozel



Verbale della riunione del GDL per la sensibilizzazione alla dismissione dal fumo di tabacco del 06/06/2022

Presenti: Zulian, Kozel, Testa, Marchetti, Rossi, Giglietta, Cavalieri, De Angelis, Cecot, Beltrami, Ballarè,
Assenti: D'Intino, Farrauto

REVISIONE DEL REGOLAMENTO SUL DIVIETO DI FUMO

Si riconosce la necessità di aggiornare il regolamento aziendale sul divieto del fumo come lavoro preliminare a tutti gli altri.

Marchetti ha inviato il regolamento con le modifiche concordate.

Si concorda sull'individuare i nuovi preposti per la vigilanza.

Si evidenzia come, da normativa regionale, i proventi delle sanzioni debbano essere incassati dalla ASL.

Andranno inserite nella bozza le sezioni del regolamento dell'ospedale Careggi di interesse. Viene individuato il Giglietta come responsabile di questo passaggio.

INTERVENTI PER LA DISMISSIONE DAL FUMO

In passato esisteva percorso con ASL NO, in particolare con il SER.D, in assenza di convenzione formale.

Al fine di superare la diffidenza con cui era visto questo percorso si ipotizza di organizzare un servizio presso l'AOU dedicato esclusivamente ai dipendenti gestito dal personale de SER.D. Kozel si propone per valutare con l'ASL questa opzione nonché la possibilità di attivare una convenzione sull'argomento.

FORMAZIONE

Dopo aver aggiornato il regolamento andrà corretto anche il corso FAD esistente.

Si concorda sull'introdurre una formazione obbligatoria per tutti i dipendenti, neoassunti e specializzandi riguardo il divieto di fumo nell'area dell'ospedale nonché riguardo la modalità di sorveglianza e i compiti ed i doveri dei preposti.

Beltrami, in coordinamento con Vadalà si occuperà dell'aggiornamento entro settembre 2021.

Si ipotizza inoltre un percorso specifico dedicato ai futuri Preposti per la sensibilizzazione all'argomento e per garantire un supporto per le eventuali difficoltà che insorgessero. Si propone di inserire tali momenti formativi in concomitanza con le riunioni dipartimentali.



SANZIONI

Come anticipato nel regolamento, si concorda sull'individuare i nuovi preposti per la vigilanza.

Si evidenzia come, da normativa regionale, i proventi delle sanzioni debbano essere incassati dalla ASL.

NUOVA TIMELINE

Stante l'elevato lavoro preliminare necessario per implementare il divieto di fumo e le azioni per il sostegno all'interruzione del fumo si concorda una nuova timeline. In particolare è necessario completare la FAD entro settembre 2021. Il 1/1/2023 viene individuata invece come data per l'introduzione del nuovo regolamento e quindi del divieto di fumo in azienda.

VARIE

- Proposto percorso di prevenzione secondaria basato sugli stili di vita. L'adesione sarà su base volontaria e farà seguito alla attivazione di specifica FAD. Beltrami viene incaricata dello sviluppo di questa.
- Viene chiesto a Giglietta di invitare alla prossima riunione due dipendenti dell'azienda fumatori, in modo da avere un primo confronto con i destinatari del progetto.
- La percentuale assoluta di fumatori in azienda è del 21%. Particolarmente elevata (circa 30%) nel personale ausiliario (OSS, OTA)

Nuovo incontro il 4 luglio alle 14.00 in Direzione Generale



S.S. FORMAZIONE

tel. 0321 373 2059 – 0321 373 2064 - fax 0321 373 3995
e-mail formazione@maggioreosp.novara.it
pec protocollo@pec.aou.no.it

Prot. N.

Novara,

Oggetto: Attività di aggiornamento

In relazione alla richiesta inoltrata, si comunica che Lei è stata/o autorizzata/o dal
a partecipare, con l'istituto del comando, al corso
che si terrà a

Nell'ambito delle difficoltà di sovvenzionamento delle spese si invita il/la dipendente a cercare le soluzioni economicamente più convenienti per il vitto, l'alloggio e il viaggio ove possibile.

Si rammenta che ai sensi delle vigenti disposizioni di legge gli spostamenti necessari per l'attività di formazione vanno effettuati con i mezzi pubblici in classe economica.

A giustificazione del periodo di aggiornamento effettuato Lei dovrà presentare allo scrivente servizio, entro 30 giorni dall'effettuazione del corso, il modulo allegato, debitamente compilato, corredato da una relazione del Corso vistata dal Responsabile della Struttura Complessa di appartenenza e copia dell'attestato di partecipazione. Dovrà inoltre, in accordo con il Responsabile della Struttura, condividere, per quanto possibile, con i colleghi la formazione acquisita esternamente all'Azienda, nei tempi e modi più consoni all'attività del servizio.

In caso di impossibilità di partecipazione alla iniziativa qui autorizzata, Lei è tenuta/o a darne tempestiva, motivata e documentata comunicazione agli scriventi uffici, entro la data di inizio, in assenza della quale non potrà procedersi al rimborso delle spese sostenute.

Distinti saluti.

Il Direttore S.S. Formazione

Allegati: c.s.

Tratta la pratica Giuseppina Ricci - Tel. 0321. 3732059
e-mail: giuseppina.ricci@maggioreosp.novara.it



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI SALUTE NAZIONALE ED ALTA SPECIALIZZAZIONE
MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA



VUOI SCARICARE IL REFERTO DI LABORATORIO ANALISI O DI RADIOLOGIA CON LE IMMAGINI DAL PC DI CASA SENZA RECARTI NUOVAMENTE IN OSPEDALE?

L'AOU di Novara ti dà la possibilità di scaricare da Internet i tuoi referti di Laboratorio e Radiologia (referti e immagini). Quando sei allo sportello di accettazione comunica all'operatore la tua intenzione di scaricare il referto on-line.

Quando il referto sarà pronto, potrai scaricarlo dal sito www.salutepiemonte.it o all'indirizzo: <https://sansol.isan.csi.it/la-mia-salute/#/referti-online/anonimo>.

Per accedere ai tuoi referti online dovrai semplicemente inserire **codice fiscale, numero tessera sanitaria e identificativo referto** oppure utilizzare le credenziali SPID o la CIE (Carta di Identità Elettronica).

Come scaricare il referto di radiologia?

Il referto di radiologia è composto di testo e immagine: il referto testuale è immediatamente scaricabile mentre per l'immagine è richiesta la prenotazione dello scarico.

Per scaricare il referto clicca sul bottone **"scarica"** in corrispondenza del referto interessato. Per l'immagine radiologica clicca sul bottone **"prenota immagine"**:

The screenshot shows a digital card for a radiology refert. On the left, it says 'Referti di radiologia Esame/visita del 17 gen 2019'. To the right, under the heading 'OSPEDALE', it indicates 'Disponibile fino al 16 feb 2019' and 'Ticket Pagato'. At the bottom right, there are three buttons: 'PRENOTA IMMAGINE' (highlighted in blue), 'DETTAGLI', and 'SCARICA'.

Se indichi una tua email ti verrà mandata la notifica quando l'immagine è pronta. Potrai scaricare l'immagine e il programma per leggerla, da un file compresso, per velocizzare i tempi di utilizzo della rete.

Paga online con carta di credito e tramite gli altri servizi messi a disposizione da pagoPA

Vantaggi

- evitare le code agli sportelli
- essere svincolati dagli orari di servizio
- poter pagare ovunque tu sia
- non doversi recare fisicamente presso sportelli bancari e punti gialli per stampare la ricevuta tutte le volte che occorre.



Cosa occorre

Per accedere al pagamento o alla stampa della ricevuta tieni a portata di mano il promemoria che ti è stato consegnato durante la prenotazione.

Sul promemoria troverai tutti i dati necessari:

- identificativo ticket/posizione debitoria o numero ricetta
- codice fiscale dell'interessato della prenotazione.

Dove puoi pagare

I pagamenti si possono effettuare:

- sul sito della regione [www.salutepiemonte.it](https://sansol.isan.csi.it/la-mia-salute/#/pagamenti-sanitari/anonimo/) o all'indirizzo: <https://sansol.isan.csi.it/la-mia-salute/#/pagamenti-sanitari/anonimo/>
- benvenuto
- attraverso le agenzie di banca e i servizi di Home banking
- ai punti vendita SISAL, Lottomatica
- agli sportelli ATM abilitati
- presso gli uffici postali.

Vuoi scaricare il referto di Laboratorio analisi o di Radiologia con le immagini, dal PC di casa senza recarti nuovamente in ospedale?

L'AOU di Novara ti dà la possibilità di scaricare da internet i tuoi referti di Laboratorio e Radiologia (referti e immagini). Quando sei allo sportello di accettazione comunica all'operatore la tua intenzione di scaricare il referto online.

Quando il referto sarà pronto, potrai scaricarlo dal sito www.salutepiemonte.it o all'indirizzo: <https://sansol.isan.csi.it/la-mia-salute/#/referti-online/anonimo>

Per accedere ai tuoi referti online dovrai semplicemente inserire il **codice fiscale, numero tessera sanitaria e identificativo referto**, oppure utilizzare le credenziali **SPID** o la **CIE** (Carta di Identità Elettronica).

Come scaricare il referto di radiologia?

Il referto di radiologia è composto di testo e immagine: il referto testuale è immediatamente scaricabile mentre per l'immagine è richiesta la prenotazione dello scarico.

Per scaricare il referto clicca sul bottone **"scarica"** in corrispondenza del referto interessato.

Per l'immagine radiologica clicca sul bottone **"prenota immagine"**:



Se indichi una tua email ti verrà mandata la notifica quando l'immagine è pronta.

Potrai scaricare l'immagine e il programma per leggerla, da un file compresso, per velocizzare i tempi di utilizzo della rete.

Identità digitale SPID



Che cos'è SPID

SPID, il Sistema Pubblico di Identità Digitale, è la soluzione che ti permette di accedere ai servizi online della Pubblica Amministrazione con un'unica Identità Digitale (username e password) utilizzabile da computer, tablet e smartphone. SPID è gratuito. Trovi tutte le informazioni relative a SPID nel sito dedicato www.spid.gov.it

Cosa serve per ottenere l'Identità Digitale SPID

L'Identità SPID è costituita da credenziali (nome utente e password) che vengono rilasciate all'utente e che permettono l'accesso a tutti i servizi online.

Per richiedere e ottenere le tue credenziali SPID devi essere maggiorenne e avrai bisogno di:

- un indirizzo email.
- il numero di telefono del cellulare che usi normalmente.
- un documento di identità valido (uno tra: carta di identità, passaporto, patente, permesso di soggiorno)
- la tua tessera sanitaria con il codice fiscale.

Trovi tutte le informazioni sui documenti necessarie per ottenere SPID alla pagina **"richiedi SPID"**: <https://www.spid.gov.it/richiedi-spid>

Cosa devi fare per ottenere SPID

Una volta che avrai raccolto i documenti necessari potrai rivolgerti a uno dei soggetti che erogano le credenziali SPID (identity provider). Potrai scegliere quella più adatta alle tue esigenze.

La registrazione consiste in 3 step:

- inserisci i dati anagrafici
- crea le tue credenziali SPID
- effettua il riconoscimento

I tempi di rilascio dell'identità digitale dipendono dai singoli Identity Provider.

Per accedere ai servizi online sanitari della Regione Piemonte consulta il sito:

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/accesso-ai-servizi-sanitari/cosa-serve-per-accedere-ai-servizi-on-line>



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA

Risparmia tempo utilizza i servizi online

Vuoi prenotare visite o prestazioni diagnostiche da casa senza recarti nuovamente in ospedale?

Vantaggi

- evitare le code agli sportelli
- essere svincolati dagli orari di servizio
- poter prenotare ovunque tu sia



Cosa occorre

- ricetta del medico (dematerializzata per le prenotazioni online)
- codice fiscale
- tessera sanitaria (non necessaria per ricetta dematerializzata)

Come puoi prenotare

- tramite il servizio di prenotazione online dal PC, dal tablet e da smartphone sul sito www.salutepiemonte.it, o direttamente all'indirizzo:
<https://sansol.isan.csi.it/1a-mia-salute/#/prenotazioni-visite-ed-esami/>
- utilizza l' **APP "CUP Piemonte"** sul tablet o su smartphone scaricabile all'indirizzo da Play Store e da Apple Store
- telefona al Contact Center Regionale - numero verde **800.000.500** - dalle ore 08.00 alle ore 20.00 dal lunedì alla domenica



Reparto



Sommario

PROCESSO: AMBULATORIO	4
Indisponibilità di personale medico	4
Indisponibilità di altro personale.....	4
Indisponibilità dell'infrastruttura fisica	4
ASCENSORE.....	4
PADIGLIONI / STANZE	4
Indisponibilità dei software / applicativi	4
AMBWEB.....	4
CUPWEB.....	4
Indisponibilità dell'infrastruttura generale (infrastruttura elettrica ecc.....)	4
EROGAZIONE ELETTRICA	4
Indisponibilità della rete telefonica.....	4
RETE TELEFONICA	4
PROCESSO : RICOVERO	5
Indisponibilità personale medico	5
Indisponibilità di altro personale.....	5
Indisponibilità dell'infrastruttura fisica	5
ASCENSORE.....	5
PADIGLIONI / STANZE	5
Indisponibilità dell'infrastruttura mobile	5
LETTO	5
AMBULANZA.....	5
BARELLE	5
Indisponibilità dei software / applicativi	5
ACCEWEB.....	5
FENIX OE	5
LABWEB	5
Indisponibilità dell'infrastruttura generale (infrastruttura elettrica ecc.....)	5
EROGAZIONE ELETTRICA	5
Indisponibilità della rete telefonica.....	5
RETE TELEFONICA	5
PROCESSO : SALA OPERATORIA.....	5



Indisponibilità personale medico	5
Indisponibilità di altro personale.....	5
Indisponibilità dell'infrastruttura fisica	5
ASCENSORE.....	5
PADIGLIONI / STANZE	5
Indisponibilità dell'infrastruttura mobile	5
LETTO	5
AMBULANZA.....	5
BARELLE	6
Indisponibilità dei software / applicativi	6
Indisponibilità di strumenti ed apparati di reparto.....	6
DEVICES/STRUMENTI CHIRURGICI E INTERVENTISTICA	6
EROGATORI GAS MEDICALI	6
PERSONAL COMPUTER	6
POMPE INFUSIONE	6
Indisponibilità dell'infrastruttura generale (infrastruttura elettrica ecc...).....	6
EROGAZIONE ELETTRICA	6
Indisponibilità della rete telefonica.....	6
RETE TELEFONICA	6



PROCESSO: AMBULATORIO

Indisponibilità di personale medico

Indisponibilità di altro personale

Indisponibilità dell'infrastruttura fisica

ASCENSORE

PADIGLIONI / STANZE

Indisponibilità dei software / applicativi

AMBWEB

CUPWEB

Indisponibilità dell'infrastruttura generale (infrastruttura elettrica ecc...)

EROGAZIONE ELETTRICA

Indisponibilità della rete telefonica

RETE TELEFONICA



PROCESSO : RICOVERO

Indisponibilità personale medico

Indisponibilità di altro personale

Indisponibilità dell'infrastruttura fisica

ASCENSORE

PADIGLIONI / STANZE

Indisponibilità dell'infrastruttura mobile

LETTO

AMBULANZA

BARELLE

Indisponibilità dei software / applicativi

ACCEWEB

FENIX OE

LABWEB

Indisponibilità dell'infrastruttura generale (infrastruttura elettrica ecc...)

EROGAZIONE ELETTRICA

Indisponibilità della rete telefonica

RETE TELEFONICA

PROCESSO : SALA OPERATORIA

Indisponibilità personale medico

Indisponibilità di altro personale

Indisponibilità dell'infrastruttura fisica

ASCENSORE

PADIGLIONI / STANZE

Indisponibilità dell'infrastruttura mobile

LETTO

AMBULANZA



BARELLE

Indisponibilità dei software / applicativi

ORMAWEB

Indisponibilità di strumenti ed apparati di reparto

DEVICES/STRUMENTI CHIRURGICI E INTERVENTISTICA

EROGATORI GAS MEDICALI

PERSONAL COMPUTER

POMPE INFUSIONE

Indisponibilità dell'infrastruttura generale (infrastruttura elettrica ecc...)

EROGAZIONE ELETTRICA

Indisponibilità della rete telefonica

RETE TELEFONICA

Redatto: Direttore Coordinatore infermieristico	Verificato: Ref. DSPO Dott.ssa Silvia Rampi	Approvato: Direttore DSPO Dr. A. Capponi	Emissione, XX/XX/2022	Rev. 0
Format BCP 220630.docx				Pag. 8 di 8

Direttore

FIRMA

Coordinatore

FIRMA