

Codice A1414D

D.D. 1 settembre 2022, n. 1567

**Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra - ASL CN2 sita in via Vida n. 10 ad Alba (CN): 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 1567/A1414D/2022**

**DEL 01/09/2022**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**A1400A - SANITA' E WELFARE**

**A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari**

**OGGETTO:** Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra - ASL CN2 sita in via Vida n. 10 ad Alba (CN): 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 "*Disciplina 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 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. 2689 del 15 gennaio 2020 (protocollo regionale n. 1084/A1414D del 15.01.2020) il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra - ASL CN2 sita in via Vida n. 10 ad Alba (CN) 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. 78694 del 31 agosto 2022 (protocollo regionale n. 31951/A1414D del 31.08.2022) il Dirigente Responsabile dell’Organismo Tecnicamente Accreditante costituito presso l’ARPA Piemonte ha trasmesso la relazione finale di verifica accreditamento dell’Azienda Sanitaria Locale CN2 sita in via Vida n. 10 ad Alba (CN) 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 3 e 4 maggio 2022, sono state evidenziate alcune criticità classificate in non conformità minori o raccomandazioni e pertanto si richiedeva al Direttore Generale dell’Azienda di comunicare l’avvenuto superamento delle non conformità minori, delle raccomandazioni, dell’aggiornamento documentale/procedurale e dei requisiti dichiarati in parte soddisfatti. Si richiedeva inoltre di allegare le pertinenti evidenze o di predisporre un piano di miglioramento indicando le azioni da adottare, le tempistiche e le responsabilità di risoluzione delle stesse.

L'Organismo Tecnicamente Accreditante ha esaminato il piano di miglioramento ed ha ritenuto che le soluzioni proposte dal Direttore Generale dell'Azienda siano adeguate per il superamento delle non conformità e raccomandazioni riportate nel Rapporto di verifica e che le tempistiche di realizzazione ivi previste siano proporzionate alla complessità delle azioni da implementare.

L'Organismo Tecnicamente Accreditante, come previsto dalla procedura di verifica accreditamento, si riserva di verificare lo stato di avanzamento delle attività previste dal piano di miglioramento e di relazionare puntualmente in merito al Settore regionale competente.

Tutto quanto sopra premesso e considerato;

attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR n. 1-4046 del 17/10/2016, come modificata dalla DGR n. 1-3361 del 14 giugno 2021;

## **LA DIRIGENTE**

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

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

## **DETERMINA**

1. di accreditare, ai sensi della Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725, l'Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra - ASL CN2 sita in via Vida n. 10 ad Alba (CN), secondo l'articolazione dei servizi di diagnosi e cura rappresentata sull'applicativo ARPE – Archivio Regionale Punti di Erogazione;

2. di disporre che l'accreditamento è soggetto a verifica periodica con cadenza non superiore a cinque anni e comunque ogni volta che si verifichino variazioni all'assetto autorizzato e accreditato;

3. di disporre che l'Azienda Sanitaria Locale indicata al punto 1. potrà erogare per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale l'attività oggetto di accreditamento alle condizioni previste dai provvedimenti attuativi regionali disposti in applicazione degli articoli 8 quinquies e 8 sexies del D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle restanti disposizioni statali in materia di programmazione economico-sanitaria e relativi atti regionali;

4. di far carico al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale indicata al punto 1. il rispetto delle tempistiche e delle azioni indicate nel piano di miglioramento allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, al fine di superare le non conformità minori indicate nel rapporto di verifica dell'Organismo Tecnicamente Accreditante;

5. di disporre che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

*Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso ordinario entro il termine di 60 giorni innanzi al T.A.R. ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni, dalla notificazione o dalla intervenuta piena conoscenza.*

*La presente determinazione è soggetta a pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 12 ottobre 2010, n. 22.*

*Il funzionario estensore  
dott. Antonio Tricarico*

LA DIRIGENTE (A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari)  
Firmato digitalmente da Silvia Martinetto

Allegato



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**Direttore Generale**

Strada del Tanaro 7/9 – 12060 Verduno (CN)

E-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it)

Tel. 0172/140.8040

Classificazione					
I	1	04	06		
IV	5	02	02	08	
<i>generale</i>			<i>procedimentale</i>		
Risposta a nota ASL CN2 n. 36007 del 10/05/2022					

Spett.le  
ARPA Piemonte  
Organismo Tecnicamente Accreditante  
[direzione@pec.arpa.piemonte.it](mailto:direzione@pec.arpa.piemonte.it)  
e, p.c. Direzione regionale “Sanità e Welfare”  
Settore “Regole del SSR nei rapporti con i  
soggetti erogatori”  
[regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it](mailto:regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it)

**Oggetto: Piano di adeguamento ASL CN2**

Il presente documento è redatto in riferimento alla verifica effettuata nei giorni 3 e 4 maggio 2022 ad opera di Arpa Piemonte / Organismo Tecnicamente Accreditante in merito al soddisfacimento dei requisiti di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche. L’obiettivo è descrivere, le azioni che l’ASL CN2 Alba – Bra intende adottare, per il superamento delle non conformità e delle raccomandazioni comunicate nel relativo Rapporto di verifica del 10 maggio 2022, prot. n. 0036007. Per ogni item vengono indicate le azioni, le tempistiche e le responsabilità previste per la risoluzione degli stessi.

**Non Conformità minori:**

Idoneità all’uso delle strutture

**Requisito 3.1.2**

- Evidenza: Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture
- Non conformità rilevata: Non è presente una procedura/istruzione operativa di attivazione, gestione manutenzione struttura edilizia, impianti ed attrezzature
- Azione: redazione di un’istruzione operativa aziendale “Richiesta di intervento su impianti e strutture” che definisce e formalizza le attività da compiere in qualsiasi struttura sanitaria, amministrativa, tecnica, ospedaliera o territoriale, per la corretta segnalazione delle richieste di intervento su impianti e strutture presso tutte le sedi dell’ASL. Contestualmente, redazione di un’istruzione operativa specifica per la presa in carico e la gestione delle segnalazioni pervenute.
- Tempistica: documenti emessi e distribuiti in data 9 giugno 2022 (vedi allegato)
- Responsabilità: SC Servizi Tecnici



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

### **Raccomandazioni:**

Formazione

#### **Requisito 4.1.4**

- **Evidenza:** Coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento

- **Raccomandazione:** aggiornare annualmente l'analisi triennale dei bisogni formativi

- **Azione:** L'analisi dei bisogni formativi viene effettuata a tappeto a tutti i dipendenti ogni 3 anni come da indicazione delle linee di indirizzo regionali e aziendali per rilevare il fabbisogno formativo percepito. L'Ufficio Formazione nell'anno 2022 invierà un questionario anonimo rivolto a tutti i dipendenti per rilevare il bisogno formativo utilizzando la modalità online con la collaborazione della S.C. Sistemi Informativi e della Data Manager dell' ASL CN2, in modo tale da raccogliere e analizzare entro i primi mesi dell'anno 2023 i dati relativi alle risposte di tutti i dipendenti.

Annualmente si effettua un'ulteriore raccolta delle esigenze formative (per costruire/integrare il Piano Formativo) coinvolgendo i Coordinatori e i Responsabili di ogni struttura dell'ASL CN2.

- **Tempistica:** 31 dicembre 2022 rilevazione bisogni formativi; 31 marzo 2023 analisi dei dati e redazione piano formativo

- **Responsabilità:** SC Amministrazione del Personale e Sviluppo Risorse Umane (Settore Formazione)

Inserimento addestramento nuovo personale

#### **Requisito 4.2.2**

- **Evidenza:** Formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti

- **Raccomandazione:** integrare la procedura in bozza prevedendo l'accoglienza, l'affiancamento/addestramento e valutazione delle figure dirigenziali

- **Azione:** Redazione, a partire dalle modalità di inserimento esistenti, di un documento di affiancamento/addestramento del personale neo assunto/trasferito compreso il personale della dirigenza medica e sanitaria

- **Tempistica:** 31 marzo 2023

- **Responsabilità:** SS QRMU, SC Amministrazione del Personale e Sviluppo Risorse Umane.

Idoneità all'uso delle strutture

#### **Requisito 3.1.5**

- **Evidenza:** Formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro

- **Raccomandazione:** implementare i percorsi formativi obbligatori ed incentivare la partecipazione del personale agli stessi, prevedendo un monitoraggio successivo

- **Azione:** al fine di incentivare la partecipazione ai corsi di formazione ai sensi del T.U. 81/2008, l'Azienda ha provveduto ad inserire questa formazione obbligatoria tra gli obiettivi di ogni struttura Aziendale. I Responsabili di Struttura, unitamente ai dirigenti e preposti, ricevono i solleciti per l'adesione a ciascun corso di formazione in materia di sicurezza.

L'attività di formazione, effettuata quasi tutta in modalità FAD su apposita piattaforma "medmood", viene monitorata dall'apposita struttura competente in materia di formazione



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

(Organizzazione Sviluppo Risorse Umane) e controllata, ai fini della programmazione e del raggiungimento dell'obiettivo Aziendale, dal Servizio Prevenzione e Protezione.

- Tempistica: 31 dicembre 2022 con eventuale prosecuzione anno 2023
- Responsabilità: Amministrazione del Personale e Sviluppo Risorse Umane

Programma per la gestione del rischio clinico

**Requisito 6.3.7**

- Evidenza: Presenza di un piano di formazione
- **Raccomandazione: implementare i percorsi formativi obbligatori ed incentivare la partecipazione del personale agli stessi, prevedendo un monitoraggio successivo attraverso la gestione del rischio clinico.**
- Azione: progettazione e realizzazione di corsi base sul rischio clinico
- Tempistica: sono stati pianificati 3 eventi formativi entro il 31 dicembre 2022 con prosecuzione annuale
- Responsabilità: SS QRMU

Sviluppo di competenze

**Requisito 6.4.2**

- Evidenza: Produzione e diffusione di buone pratiche
- **Raccomandazione: pubblicazione di una buona pratica sul sito AGENAS**
- Azione: pubblicazione annuale di una buona pratica sul sito AGENAS
- Tempistica: 31 dicembre 2022 con prosecuzione annuale
- Responsabilità: SS QRMU, Direzione Sanitaria

**Requisiti dichiarati soddisfatti “in parte” nell’autovalutazione**

Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

**Requisito 2.2.2**

- Evidenza: Presenza di protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri)
- Azione: redazione e diffusione di 4 PSDTA aziendali
- Tempistica: formalizzazione entro il 31 dicembre 2022.
- Responsabilità: SS QRMU, referenti aziendali per la redazione dei PSDTA

Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

**Requisito 2.2.3**

- Evidenza: Definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti
- Azione: redazione e diffusione di 4 PSDTA aziendali in cui siano definite le responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti
- Tempistica: formalizzazione entro il 31 dicembre 2022.
- Responsabilità: SS QRMU, referenti aziendali per la redazione dei PSDTA



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

**Requisito 2.2.6**

- Evidenza: Verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario
- Azione: valutazione e revisione di una procedura a valenza trasversale
- Tempistica: formalizzazione entro il 31 dicembre 2022
- Responsabilità: SS QRMU

Monitoraggio e valutazione

**Requisito 2.4.1**

- Evidenza: Valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida
- Azione: valutazione del grado di aderenza dei PSDTA aziendali attraverso gli indicatori individuati nel percorso.
- Tempistica: 31 dicembre 2023, sui PSDTA elaborati e diffusi nell'anno 2022
- Responsabilità: referenti aziendali per la redazione dei PSDTA, SS QRMU

Monitoraggio e valutazione

**Requisito 2.4.3**

- Evidenza: Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari
- Azione: redazione e diffusione di 4 PSDTA aziendali con evidenza di coinvolgimento/incontri con le associazioni di pazienti e familiari
- Tempistica: formalizzazione entro il 31 dicembre 2022
- Responsabilità: SS QRMU, referenti aziendali per la redazione dei PSDTA, Direzione Sanitaria

Inserimento addestramento nuovo personale

**Requisito 4.2.3**

- Evidenza: Adozione e messa in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico verso i neo assunti, entro il 1° anno
- Azione: progettazione e realizzazione di corsi base sul rischio clinico verso i neo assunti
- Tempistica: sono stati pianificati 3 eventi formativi entro il 31 dicembre 2022 con prosecuzione annuale
- Responsabilità: SS QRMU

Approccio alla pratica clinica secondo le evidenze

**Requisito 6.1.3**

- Evidenza: Aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili
- Azione: realizzare una programmazione periodica formalizzata della valutazione delle necessità di aggiornamento periodico dei documenti aziendali (procedure, istruzioni operative,...)
- Tempistica: entro 31 gennaio programmazione annuale 2023 e prosecuzione anni successivi
- Responsabilità: SS QRMU, SC DSPO, SC DiPSa



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Innovazione tecnologica

**Requisito 7.3.3**

- Evidenza: Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione
- Azione: redatta bozza di regolamento hta, da approvare, comprendente, tra le altre cose, una sezione relativa al monitoraggio dell'efficacia del processo di introduzione delle innovazioni, attraverso l'autovalutazione del lavoro svolto dal nucleo hta (attività prevista annualmente) e la valutazione di efficacia delle innovazioni autorizzate e introdotte nel corso dell'anno.
- Tempistica: 30 settembre 2022
- Responsabilità: SS Ingegneria Clinica

**Requisiti dichiarati “non soddisfatti” nell’autovalutazione**

Monitoraggio e valutazione

**Requisito 2.4.7**

- Evidenza: Identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate
- Azione: analisi del monitoraggio del grado di aderenza dei PSDTA aziendali attraverso gli indicatori individuati nel percorso, identificazione degli interventi di miglioramento, revisione dei PSDTA
- Tempistica: 31 dicembre 2024, sui PSDTA elaborati e diffusi nell'anno 2022
- Responsabilità: referenti aziendali per la redazione dei PSDTA, SS QRMU

Inserimento addestramento nuovo personale

**Requisito 4.2.4**

- Evidenza: Valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi, se necessario
- Azione: Riesame dei programmi di orientamento/inserimento dei nuovi addetti attraverso indicatori individuati nel percorso
- Tempistica: 31 marzo 2024
- Responsabilità: SS QRMU, SC Amministrazione del Personale e Sviluppo Risorse Umane.

-----

Rimanendo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Verduno, 10 giugno 2022

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Massimo VEGLIO

*Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi  
dell'art. 21 del D.lgs. 82/2005*

