

Codice A1414D

D.D. 5 settembre 2022, n. 1569

**Azienda Sanitaria Locale Città di Torino sita in via San Secondo n. 29 a Torino: 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 1569/A1414D/2022**

**DEL 05/09/2022**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**A1400A - SANITA' E WELFARE**

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

**OGGETTO:** Azienda Sanitaria Locale Città di Torino sita in via San Secondo n. 29 a Torino: 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 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. 13204 del 29 gennaio 2020 il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale Città di Torino sita in via San Secondo n. 29 a Torino ha trasmesso l'autovalutazione per la verifica di accreditamento ai sensi della Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725, aggiornandola con successiva nota prot. n. 69931 del 01 aprile 2022 (protocollo regionale n. 2990/A11414D del 04.04.2022) nel rispetto delle indicazioni regionali.

Con nota prot. n. 78687 del 31 agosto 2022 (protocollo regionale n. 31949/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 12 e 13 aprile 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 Città di Torino sita in via San Secondo n. 29 a Torino, 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



**ASL**  
CITTÀ DI TORINO

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
**REGIONE PIEMONTE**  
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"  
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94  
Cod. fiscale/P.I. 11632570013  
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino  
☎ 011/5661566

---

**DIREZIONE GENERALE**

Via San Secondo 29 Cap 10128 Torino  
telefono 011-5662240/2241  
e-mail: [direzione.generale@aslcitytorino.it](mailto:direzione.generale@aslcitytorino.it)

All'Organismo Tecnicamente Accreditante c/o  
Arpa Piemonte

pec : [protocollo@pec.arpa.piemonte.it](mailto:protocollo@pec.arpa.piemonte.it)

e p.c. alla Regione Piemonte  
Direzione Sanità e Welfare-Settore Regole  
del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori  
pec : [sanita@cert.regione.piemonte.it](mailto:sanita@cert.regione.piemonte.it)

*OGGETTO: Trasmissione del piano di adeguamento a seguito di verifica per l'Accreditamento Istituzionale*

Facendo seguito alla ricezione del Rapporto di Verifica, prot. n.2022/0081767 del 27/04/22, in allegato alla presente si trasmette il "Piano di adeguamento in rispondenza dei requisiti del manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte" dell'ASL Città di Torino, nel quale sono individuate le azioni che l'Azienda intende attuare, le tempistiche e le responsabilità.

Si porgono cordiali saluti e si resta a disposizione per ogni eventuale chiarimento.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo PICCO

 REGIONE  
PIEMONTE

[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

---



SC FORMAZIONE, OBIETTIVI SANITARI,  
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

PIANO DI ADEGUAMENTO  
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE  
12 e 13 APRILE 2022

Gruppo lavoro redazione	di /	Antonino Cotroneo, Direttore Dipartimento Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio
		Tiziana De Prospo, Infermiera SC Formazione, Obiettivi Sanitari. Qualità e Accredimento
		Massimo Giusti, Direttore Dipartimento Medico
		Sergio Livigni, Direttore Dipartimento DEA
		Carola Meda, Direttrice ff SC Formazione, Obiettivi Sanitari. Qualità e Accredimento
		Diego Moniaci, Direttore Dipartimento Chirurgico
		Michele Morandi, Direttore Sanitario SGB, in rappresentanza di tutte le Direzioni dei PPOO
		Simonetta Pagano, Direttrice SC Amministrazione del personale
		Donatella Pagliassotto, Direttrice SC Politiche del personale
		Francesco Pensalfini, Direttore SC Tecnologie
		Orazio Pirro, Direttore Dipartimento Materno Infantile
		Cristina Prandi, Direttrice SC SPP
		Fabiano Zanchi, Direttore ff SC DIPSA



SC FORMAZIONE, OBIETTIVI SANITARI,  
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

PIANO DI ADEGUAMENTO  
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE  
12 e 13 APRILE 2022

### **Premessa**

In ottemperanza al programma delle verifiche delle strutture sanitarie pubbliche, l'ARPA, individuato quale organismo tecnicamente accreditante dalla Regione Piemonte, nei giorni 12 e 13 aprile 2022 ha effettuato la verifica dei requisiti di accreditamento nell'ASL Città di Torino.

La verifica ha avuto come oggetto i requisiti del "Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte" approvato con Determina n° 725 del 15/11/2017 del Direttore Regionale sanità e le singole evidenze in cui ciascun requisito è articolato.

Nel rapporto di verifica, ricevuto in data 27/04/2022, con nota protocollo 2022/0081767 sono state evidenziate alcune criticità classificate raccomandazioni e sono stati confermati quasi totalmente i requisiti soddisfatti parzialmente o non soddisfatti, dichiarati nell'autovalutazione (due di essi, in sede di verifica, sono stati ritenuti soddisfatti).

A tal proposito si è provveduto a predisporre un piano di adeguamento individuando azioni, responsabilità e tempi al fine di migliorare l'organizzazione e le prestazioni dell'ASL Città di Torino.

Il piano di adeguamento, di seguito descritto, sarà oggetto di verifica trimestrale da parte della "SC Formazione, Obiettivi sanitari, Qualità e Accreditamento" per monitorare lo stato di avanzamento e, qualora necessario, adeguare le azioni di miglioramento proposte.



SC FORMAZIONE, OBIETTIVI SANITARI,  
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

PIANO DI ADEGUAMENTO  
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE  
12 e 13 APRILE 2022

Requisito Codici Evidenze	Tipologia di criticità	Struttura responsabile della realizzazione	Azione di miglioramento	Tempi di attuazione delle azioni di miglioramento						
				III trimestre 2022	IV trimestre 2022	I trimestre 2023	II trimestre 2023	III trimestre 2023	IV trimestre 2023	
Programmi per lo sviluppo reti assistenziali 1.2.2	<b>Raccomandazione:</b> Vista la disponibilità di una cartella clinica digitale, rendere disponibile la scheda NOCC informatizzata	Dipartimenti Continuità assistenziale Area medica Area chirurgica	<i>Il sistema informativo già esistente in azienda è stato messo a punto anche per i servizi della continuità assistenziale.</i>  <i>Attualmente in fase di test.</i>	Formazione del personale.  A sistema dal 30 settembre.						
Modalità e strumenti di gestione delle informazioni 1.4.4	Requisito dichiarato parzialmente soddisfatto in autovalutazione	SC Tecnologie	<i>Identificazione delle procedure, provenienti da fonti interne, tracciabili e verifica della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità.</i>	Inizio del tracciamento.	Conclusione entro il 30 ottobre.					
Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi 1.5.3 1.5.4 1.5.5 1.5.6	Requisito dichiarato parzialmente soddisfatto in autovalutazione	Dipartimenti SC Formazione, Obiettivi, Qualità e Accreditamento SC Programmazione e controllo di gestione	<i>1. Istituzione di un gruppo di lavoro che individui alcuni indicatori, provenienti dal PNE, da tenere sotto costante monitoraggio, che sia spunto per attività di miglioramento.</i>  <i>2. Implementazione audit clinici.</i>	Identificazione gruppi di lavoro.	1. Definizione dei principali indicatori provenienti dal PNE e predisposizione di un piano per la loro comunicazione e analisi degli esiti.	1. Analisi degli esiti.	1. Rilevazione e diffusione dei risultati.	1. Attuazione di eventuali azioni di miglioramenti.		2. Sviluppo progetti di audit clinici, almeno uno per Dipartimento.



SC FORMAZIONE, OBIETTIVI SANITARI,  
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

PIANO DI ADEGUAMENTO  
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE  
12 e 13 APRILE 2022

Requisito Codici Evidenze	Tipologia di criticità	Struttura responsabile della realizzazione	Azione di miglioramento	Tempi di attuazione delle azioni di miglioramento					
				III trimestre 2022	IV trimestre 2022	I trimestre 2023	II trimestre 2023	III trimestre 2023	IV trimestre 2023
Eleggibilità e presa in carico dei pazienti 2.2.6	Requisito dichiarato parzialmente soddisfatto in autovalutazione	Dipartimenti	<i>Revisione dei PDTA e delle principali procedure a valenza trasversale.</i>		Pianificazione dei PDTA/procedure che necessitano di revisione.	Revisione dei documenti individuati.		Diffusione e pubblicazione.	
Continuità assistenziale 2.3.6 La modalità di gestione della documentazione sanitaria 2.5.1	<b>Raccomandazio ne</b> Implementare il monitoraggio della valutazione delle cartelle cliniche	Direzioni sanitarie dei Presidi Ospedalieri	<i>Le Direzioni sanitarie dei Presidi Ospedalieri implementeranno il controllo della qualità.</i>	Stesura del progetto con individuazione degli indicatori della numerosità campionaria e della periodicità con cui condurre il monitoraggio	Primo monitoraggio.	Analisi e diffusione dei dati.	Piena applicazione del progetto, sistematizzazione del controllo secondo quanto previsto nel progetto.		
Il monitoraggio e la valutazione 2.4.1 2.4.2 2.4.3 2.4.7	Requisito dichiarato parzialmente soddisfatto in autovalutazione	Dipartimenti SC Formazione, Obiettivi, Qualità e Accreditamento	<i>All'interno di ogni Dipartimento le strutture provvederanno alla valutazione del grado di conformità delle attività contenute nelle proprie procedure/istruzioni operative.</i>		Individuazione degli indicatori per misurare l'aderenza, qualora non già presenti nei documenti.			Monitoraggio e diffusione degli esiti (almeno una volta all'anno sulle principali procedure) Pianificazione di eventuali interventi di miglioramento.	



SC FORMAZIONE, OBIETTIVI SANITARI,  
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

PIANO DI ADEGUAMENTO  
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE  
12 e 13 APRILE 2022

Requisito Codici Evidenze	Tipologia di criticità	Struttura responsabile della realizzazione	Azione di miglioramento	Tempi di attuazione delle azioni di miglioramento						
				III trimestre 2022	IV trimestre 2022	I trimestre 2023	II trimestre 2023	III trimestre 2023	IV trimestre 2023	
Gestione e manutenzione delle attrezzature 3.2.3	<b>Raccomandazione</b> Dettagliare il piano di manutenzione delle attrezzature con la diffusione alle varie strutture	SC Tecnologie SS Ingegneria clinica	Aggiornamento del piano di manutenzione.	Aggiornamento e diffusione del piano alle strutture interessate entro il 30 settembre.						
Inserimento e addestramento di nuovo personale 4.2.2 4.2.3 4.2.4	Requisito dichiarato parzialmente soddisfatto/non soddisfatto in autovalutazione	SC Politiche del personale SC Amministrazione del personale SPP DIPSA Direzioni Sanitarie/Distretti	<i>Revisione e integrazione della procedura aziendale contemplando tutte le tipologie di contratto, integrando con sistema di reportistica sulle attività formative svolte dai neo-assunti.</i> <i>Predisporre le schede di affiancamento per tutte le professioni presenti all'interno dell'azienda.</i>	Costituzione gruppo di lavoro.	Predisposizione documento e sua diffusione entro il 30 dicembre.					Utilizzo schede di affiancamento per tutto il personale.



SC FORMAZIONE, OBIETTIVI SANITARI,  
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

PIANO DI ADEGUAMENTO  
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE  
12 e 13 APRILE 2022

Requisito Codici Evidenze	Tipologia di criticità	Struttura responsabile della realizzazione	Azione di miglioramento	Tempi di attuazione delle azioni di miglioramento					
				III trimestre 2022	IV trimestre 2022	I trimestre 2023	II trimestre 2023	III trimestre 2023	IV trimestre 2023
Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (clima organizzativo) 5.2.1 5.2.2 5.2.3	Requisito dichiarato parzialmente soddisfatto/non soddisfatto in autovalutazione	SC Politiche del personale Comitato benessere SSS Medico competente SC SPP	<p>1. <i>Aggiornamento del Comitato Benessere e pianificazione di un sistema di rilevazione periodico del benessere organizzativo di tutti i lavoratori dell'Azienda.</i></p> <p>2. <i>Redazione e approvazione del regolamento del CUG, individuazione del consigliere di fiducia e predisposizione delle procedure che assicurano l'ascolto da parte del personale (sportello d'ascolto).</i></p>	2. Approvazione regolamento CUG.	1. Delibera del Comitato Benessere.	2. Attivazione procedura individuazione e consigliere di fiducia.	1. Avvio delle indagini di rilevazione del clima organizzativo.  2. Attivazione sportello d'ascolto.		1. Eventuali azioni di miglioramento.
Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti 5.3.4 5.3.6	Requisito dichiarato parzialmente soddisfatto in autovalutazione	Comitato donazioni organi Dipartimenti Direzioni sanitarie di Presidio	<p><i>Aggiornamento degli opuscoli informativi presenti in azienda e diffusione nelle sale di attesa di manifesti informativi relativi alla donazione organi e alla partecipazione a ricerche cliniche.</i></p>			Predisposizione e della documentazione.	Diffusione della documentazione e.		



SC FORMAZIONE, OBIETTIVI SANITARI,  
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

PIANO DI ADEGUAMENTO  
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE  
12 e 13 APRILE 2022

Requisito Codici Evidenze	Tipologia di criticità	Struttura responsabile della realizzazione	Azione di miglioramento	Tempi di attuazione delle azioni di miglioramento					
				III trimestre 2022	IV trimestre 2022	I trimestre 2023	II trimestre 2023	III trimestre 2023	IV trimestre 2023
Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali 5.4.1 5.4.3 5.4.4	Requisito dichiarato parzialmente soddisfatto in autovalutazione	Dipartimenti SC Formazione, Obiettivi, Qualità e Accreditamento	Migliorare l'informazione ai pazienti e ai loro familiari sui diritti e responsabilità per il coinvolgimento al processo di cura.			I PDTA e i percorsi revisionati saranno integrati con le modalità da adottare per il coinvolgimento o dei pazienti e dei familiari nel percorso di cura.			Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e dei caregiver.
Approccio alla pratica clinica secondo evidenze 6.1.3	<b>Raccomandazione</b> Adottare un sistema di aggiornamento periodico della documentazione e	Dipartimenti SC Formazione, Obiettivi, Qualità e Accreditamento	Revisione dei documenti aziendali. Questo processo sarà favorito dall'integrazione di una biblioteca aziendale in cui saranno depositati tutti i documenti, dopo il controllo di qualità della documentazione effettuato dai professionisti del Servizio Qualità.	Avvio attività di controllo sulla documentazione.	Entro il 20 dicembre conclusione del processo di verifica. Pianificazione della revisione dei documenti.	Revisione dei documenti che sono stati redatti da oltre 5 anni secondo pianificazione.			
Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze 6.4.2	<b>Raccomandazione</b> Pubblicare almeno una buona pratica sul sito AGENAS, come da programma regionale del rischio	SS Rischio clinico	Inserimento di una buona pratica sul sito AGENAS.	Identificazione della tematica da parte di AGENAS.	Sviluppo del progetto identificato.			Pubblicazione sul sito AGENAS.	



SC FORMAZIONE, OBIETTIVI SANITARI,  
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

PIANO DI ADEGUAMENTO  
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE  
12 e 13 APRILE 2022

Requisito Codici Evidenze	Tipologia di criticità	Struttura responsabile della realizzazione	Azione di miglioramento	Tempi di attuazione delle azioni di miglioramento					
				III trimestre 2022	IV trimestre 2022	I trimestre 2023	II trimestre 2023	III trimestre 2023	IV trimestre 2023
Progetti di miglioramento 7.1.1	Requisito dichiarato parzialmente soddisfatto in autovalutazione	SC Formazione, Obiettivi, Qualità e Accreditamento	<i>Predisposizione del piano qualità che preveda le aree specifiche su cui mirare gli interventi di miglioramento a seguito dei risultati conseguiti dal monitoraggio (anche indicatori PNE) costituito secondo le modalità previste al requisito 1.5.</i>					Stesura piano della qualità.	Condivisione del documento e diffusione e avvio del piano.
Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi 7.2.1	<b>Raccomandazio ne</b> Riattivare la commissione HTA	Direzione Amministrativa	<i>Costituzione della commissione HTA aziendale, nelle more della definizione delle funzioni dell'Azienda Zero.</i>			Costituzione commissione HTA.			
Adozione di iniziative di innovazione tecnico- professionale e organizzativa 7.3.1 7.3.2 7.3.3	Requisito dichiarato parzialmente soddisfatto/non soddisfatto in autovalutazione	SC Tecnologie SC Farmacia SC Controllo procedure e attività amministrativo- contabile Direzioni sanitarie di Presidio e Distretto	<i>Delineazione di un percorso, descritto all'interno di una procedura, che rilevi in maniera sistematica i fabbisogni emergenti e le innovazioni tecnologiche e organizzative, con il coinvolgimento del personale e comprensivo del monitoraggio dell'efficacia, mediante indicatori.</i>	Costituzione gruppo di lavoro.	Stesura documento e sua diffusione.		Avvio del percorso individuato.		