

Codice A1414D

D.D. 15 maggio 2023, n. 1052

Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga sita in Regione Gonzole n. 10 a Orbassano (TO): 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 1052/A1414D/2023

DEL 15/05/2023

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

A1414D - Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari

OGGETTO: Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga sita in Regione Gonzole n. 10 a Orbassano (TO): 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. 646/01-01 del 15 gennaio 2020 (protocollo regionale n. 1199/A11414D del 16.01.2020) il Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga sito in Regione Gonzole n. 10 a Orbassano (TO) 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. 44743 del 12 maggio 2023 (protocollo regionale n. 28080/A1414D del 15.05.2023) il Dirigente Responsabile dell’Organismo Tecnicamente Accreditante costituito presso l’ARPA Piemonte ha trasmesso la relazione finale di verifica accreditamento dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga sito in Regione Gonzole n. 10 a Orbassano (TO) 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 22 e 23 marzo 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.

Con nota prot. 6792/2023 del 27.04.2023, acquisita al protocollo regionale n. 24082/A1414D del

28.04.2023, il Direttore Generale dell’Azienda ha trasmesso le evidenze del superamento di alcune non conformità/indicazioni ed il piano di adeguamento con l’indicazione delle azioni che intende adottare, le tempistiche e le responsabilità di risoluzione delle stesse.

L’Organismo Tecnicamente Accreditante 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 Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga sita in Regione Gonzole n. 10 a Orbassano (TO), 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 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 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



Classificazione 01-02-01-02

Alla Cortese Attenzione

ARPA

Organismo Tecnicamente accreditante
PEC: protocollo@pec.arpa.piemonte.it

p.c. Direzione Generale Sanità
Settore regole del SSR nei rapporti
con i soggetti erogatori

OGGETTO: Rapporto di verifica A.O.U San Luigi Gonzaga – riscontro

Facendo seguito ai rilievi sollevati nel corso dell'analisi effettuata nell'ambito del programma annuale delle verifiche delle Strutture Sanitarie Pubbliche si trasmette in allegato il file completo delle "Azioni Migliorative" intraprese, in corso o da concludersi con indicazione della Struttura responsabile e della relativa tempistica (ultime tre Colonne a destra).

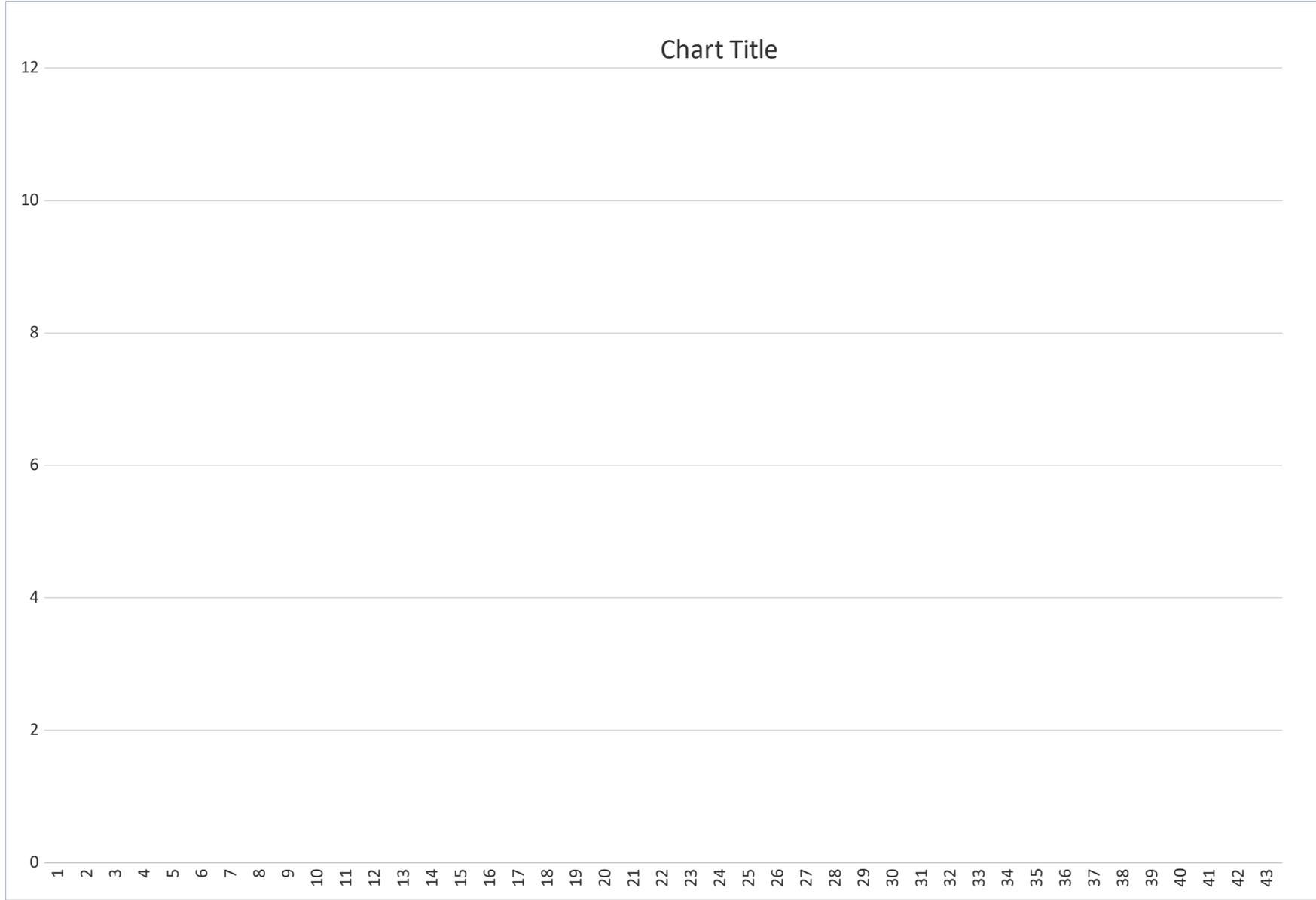
Si precisa che la documentazione citata è a disposizione della S.S. Qualità.

Rimanendo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento si porgono cordiali saluti.

Il Direttore Generale

Dott. ARENA FRANCESCO
(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

MR/cr



Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

Legenda : N.C.M = Non Conformità minori ; R = Raccomandazioni ; R.S.P = requisiti soddisfatti in parte											
1° Criterio: Attuazione	PIANO di MIGLIORAMENTO										
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Riferimenti Aziendali	Requisito Soddisfatto			Analisi criticità	Azioni migliorative	Responsabilità	Tempistiche
	1.1.3 N.C.M	Presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali	<ul style="list-style-type: none"> √ Nella scheda per ogni obiettivo il relativo indicatore e valore atteso √ Sistema di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati √ Pianificazione azioni correttive in caso di mancato raggiungimento √ Attivazione dell'Organismo di Valutazione aziendale (punto non applicabile nel privato) 	<p>*Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato con deliberazione n. 231 del 14.04.2015 e aggiornato con deliberazione n. 147 del 14.03.2019.</p> <p>Il documento descrive nel dettaglio il processo di valutazione della performance, con specificazione di fasi, modalità e responsabilità, prevedendo altresì la revisione degli obiettivi in caso di provata impossibilità del raggiungimento degli stessi dovuta ad errata previsione o a sopravvenute situazioni non prevedibili. esistente *</p> <p>Deliberazione n. 321 del 19.04.2018 relativa alla costituzione del nuovo Organismo Indipendente di Valutazione</p> <p>Il SMVP aggiornato è pubblicato sulla intranet aziendale alla voce "SC Risorse Umane – Documenti e Procedure - e sul sito "Amministrazione Trasparente- Sezione Performance"</p> <p>La deliberazione di costituzione dell'OIV è pubblicata sul sito "Amministrazione Trasparente- Sezione Performance"</p>	SI X	In parte	NO	Presente relazione di attività, ma occorre esplicitare opportuni indicatori di processo ed esito misurabili	E' stato aggiornato il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance che prevede, per ogni struttura, l'assegnazione di un set di obiettivi, articolato in pesi e con la presenza di specifici indicatori comprensibili, confrontabili e fattibili, che rappresentano uno strumento che rende possibile la misurazione oggettiva del relativo grado di raggiungimento.	S.C. Risorse Umane	Delibera n. 193 del 28/03/2023 "Sistema di misurazione e valutazione della performance della AOU San Luigi – Aggiornamento"
1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	1.2.1 N.C.M	Realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.)	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di accordi/protocolli/convenzioni o altre modalità definite tra la struttura e altre sedi nel caso in cui la struttura non possa gestire questa tipologia di pazienti (centri "hub e spoke") 	Elenco convenzioni attive e passive dell'Azienda Procedura Ictus Ischemico Acuto Protocollo Interno Trauma Protocollo Dolore Toracico	SI X	In parte	NO	Non sono presenti gli indicatori dei percorsi illustrati	E' in fase di costruzione il Protocollo aziendale per la gestione del paziente politraumatizzato in collaborazione con l'emergenza territoriale con gli indicatori di percorso	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza - S.C.D.O. Neurologia – S.C.D.O. Cardiologia	Entro Giugno 2023
	1.2.2 R	Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarietà) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di documenti formalizzati che esplicitino le modalità adottate (lettere, procedure, regolamenti, flow-chart) per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio √ Diffusione dei documenti formalizzati con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ecc..) √ Documentazione della valutazione effettuata sul paziente √ Modulistica utilizzata per l'attivazione della continuità assistenziale 	Sono formalizzati e disponibili sull'Intranet Aziendale i documenti per la continuità assistenziale. Procedure operative Richiesta presa in carico (all.1) Scheda rilevazione problemi sociali (all.2) Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale post-acuzie e Protocollo Operativo (ex all. 3 e 4) La modulistica è in fase di aggiornamento e sono state predisposte modalità di richiesta direttamente attraverso il sistema informativo aziendale (piattaforma AREAS).	SI X	In parte	NO	A seguito della implementazione della modulistica on line la procedura va aggiornata con adeguamenti metodologici	Aggiornamento procedura e modulistica	S.C. Di.P.SA S.S. Qualità	Entro ottobre 2023
	1.2.3 R	Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di circolari attuative della normativa √ Scale di valutazione √ Protocolli antalgici √ Iniziative del comitato ospedale e territorio senza dolore, se presente 	Delibera istituzione COSD n. 164 del 16/05/2003 Delibera sostituzione componenti 177 del 28/02/2018 Verbale riunione comitato ospedale senza dolore (COTSD) del 21 novembre 2019 Protocollo dolore oncologico Convenzione Hospice - Fondazione Luce per la Vita	SI X	In parte	NO	Prevedere monitoraggio della gestione del dolore	Esiste la Scheda di monitoraggio che presenta una sezione dedicata alla gestione del dolore, in uso presso tutti i reparti. E' in avvio la predisposizione di una procedura aziendale promossa dal responsabile della S.S.D Medicina del Dolore e Terapia Antalgica in collaborazione con esperti del settore.	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antal. Di.P.Sa	Entro il 31 12.2023
1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	1.4.1 R.S.P	Presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo che tengano conto anche del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	<ul style="list-style-type: none"> √ Esistenza di documento che individui quali informazioni sono necessarie all'Azienda in conseguenza delle attività sanitarie svolte e le modalità di raccolta, elaborazione, garanzia di sicurezza ed archiviazione dei dati √ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ecc...) 	Flussi informativi regolarmente trasmessi che alimentano il sistema di programmazione e controllo Sicurezza dell'accesso garantita mediante username e password con profilazione dell'utenza Integrità garantita mediante server e backup regolari	SI	In parte	NO	Assenza del documento previsto dall'indicatore	1) E' stata predisposta la procedura per la modalità di raccolta, elaborazione e trattamento dati di attività sanitarie redatto dal CdG 2) Procedura gestione utenze. I moduli per la gestione delle utenze sono presenti in Intranet. Si sta procedendo all'aggiornamento della relativa procedura che verrà anch'essa pubblicata in Intranet.		1) Soddisfatto 2) Entro il 30 giugno 2023

Arrivo: AOC0A1400A, N. Prot. 00024082 del 28/04/2023

Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

1.4.2 R	Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	√ Presenza di protocolli o procedure anche informatiche, regolamenti che specificino indirizzi operativi (definizione di classi di priorità)	Procedura aziendale di cui alla Deliberazione del Commissario N. 403 del 30/05/2018 Aggiornamento delle liste di attesa dei ricoveri chirurgici da parte dei referenti tempi di attesa con frequenza almeno semestrale Monitoraggio delle classi di priorità di attesa dei ricoveri ordinari chirurgici con frequenza semestrale (all. B PNLGA) Liste di attesa del sistema informatico (AREAS da 2012) con implementazione in corso di nuovo software	SI X	In parte	NO	Prosecuzione implementazione nuovo SOFTWARE	Avendo ritenuto, a livello aziendale di non procedere all'acquisto del sw sulle liste d'attesa nell'ambito della procedura di gara in corso per l'aggiudicazione di servizi di manutenzione evolutiva con fondi PNRR, sono state comunque effettuate alcune azioni di miglioramento del governo complessivo delle liste di attesa, ovvero: 1. implementazione dei processi nel pre-ricovero: sostituzione delle agende cartacee con le agende informatiche; 2. nuova funzione in AREAS sulla gestione delle sospensioni (su indicazione del paziente); 3. istituzione di azioni di pulizia sulle liste d'attesa con invio di elenchi periodici alle strutture per il controllo e l'aggiornamento delle presenze in lista più datate al fine di ottenere un miglioramento della lista e una maggiore attendibilità del dato statistico (Direzione Sanitaria).	Sistemi Informativi Informatici	Soddisfatto
1.4.4 R.S.P	Formalizzazione e messa in atto di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne	√ Esistenza di un sistema di tracciabilità di tutte le operazioni svolte sui dati e degli accessi agli stessi dati, di periodico backup delle informazioni	Log modifiche AREAS (inserimento cancellazione) PS web, Concerto Implementazione controlli logico formali per flussi SDO, File F, Ambulatoriale, Hospice, consumi ospedalieri e dispositivi medici	SI	In parte X	NO	Ridotta formalizzazione delle procedure in essere	1) Transizione al Cloud mediante supporto di CSI per disaster recovery: predisposizione di un documento sui controlli messi in campo dal sw del fornitore ; 2) Proceduralizzazione degli elementi di sicurezza: periodico backup descritto con documento che indica le politiche di backup implementate sul Backup Policy Manager di Veeam interno.	Sistemi Informativi Informatici	1) 12 mesi 2) 6 mesi
1.5 modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	1.5.1 R.S.P Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/ articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)	√ Documento che descriva azioni, obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione e verifica	Le norme di buona qualità - Documento di pianificazione 2016 Procedura Safety Walkaround Check list Controlli ICA Check List Operatoria Check list controllo cartelle cliniche Volumi appropriatezza ed esiti sono declinati a livello di singola struttura nelle assegnazioni degli obiettivi aziendali in base alle indicazioni del PNE e della Delibera regionale di assegnazione obiettivi	SI	In parte X	NO	Definizione di un sistema aziendale di valutazione della qualità delle prestazioni	Il sistema Aziendale di valutazione delle qualità delle prestazioni è inserito nell'ambito del PIAO (Piano integrato di attività e organizzazione) per il triennio 2023-2025 di recente approvato con deliberazione n. 210 del 31/03/2023. Esso prevede uno schema di attività e di valutazione dinamica che si basa sul processo di: 1) <u>proposta</u> : condivisione e negoziazione tra Direzione Aziendale e strutture assegnazione e valutazione degli obiettivi. 2) <u>attribuzione</u> : attraverso schede di budget/obiettivi sottoscritte dai responsabili delle varie articolazioni aziendali 3) <u>valutazione finale</u> : effettuata da OIV (organismo indipendente di valutazione) con monitoraggio intermedio sullo stato di avanzamento a sei mesi.	S.S. Qualità	Soddisfatto
1.5.3 R.S.P	Impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, <i>mortality & morbidity review</i>	√ Evidenza di report sulle attività effettuate (es. verbali, rapporti, azioni correttive, piani di miglioramento) almeno un'attività all'anno oltre a quelle previste dalla legge individuata a seguito dell'analisi delle criticità	Verbal audit su eventi sentinella, eventi avversi, safety walk around, etc. Valutazione del grado di conoscenza procedure di prevenzione ICA 2019 Certificazione del Centro Trapianti In corso di certificazione per Fase 1 Oncologia, Laboratorio Farmacia	SI	In parte X	NO	Svolgimento attività previste all'1.5.1	Nell'ambito del sistema aziendale di valutazione previsto al punto 1.5.1 stiamo implementando il Sistema Gestione e Miglioramento Qualità il cui documento di pianificazione risale al 2016. Ispirandoci ai principi generali previsti nel documento suddetto, in merito alla rilevazione delle criticità, abbiamo sviluppato nel corso del 2022 il Progetto sicurezza in sala operatoria - anali cartorisk , effettuata con i referenti Rischio Clinico Sham con specifica formazione aziendale.		Entro il mese di settembre verrà sviluppato dalla S.S. Qualità il Piano annuale della Qualità 23-24 che prevede: - Analisi del contesto di riferimento - Bisogni e problemi prioritari - Obiettivi generali e specifici per la qualità - Azioni da effettuare - Modalità di valutazione

Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

Arrivo: AOO A1400A N. Prot. 00024082 del 28/04/2023

1.5.4 N.C.M	Documentazione delle attività di valutazione	√ Evidenza della messa in atto del/dei programmi/ richiesti (almeno uno) in accordo con i programmi regionali e nazionali (PNE, obiettivi qualitativi nelle schede ecc...)	Scheda Obiettivi 2019 non correlati al trattamento di risultato/produttività (Delibera n. 330 del 31,05,2019) per quanto concerne obiettivi qualitativi Relazioni OIV rispetto ad indicatori PNE	SI X	In parte	NO	Manca evidenza di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Nell'ambito del sistema aziendale di valutazione previsto al punto 1.5.1, stiamo implementando il Sistema Gestione e Miglioramento Qualità il cui documento di pianificazione risale al 2016.	S.S. Qualità	Entro il mese di settembre verrà sviluppato dalla S.S. Qualità il Piano annuale della Qualità 23-24 che prevede: - Analisi del contesto di riferimento - Bisogni e problemi prioritari - Obiettivi generali e specifici per la qualità - Azioni da effettuare - Modalità di valutazione	
1.5.5 R.S.P	Esistenza di procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza)	√ Evidenza di avvenuta comunicazione (es: CAP, internet,...)	Verbali della conferenza aziendale di partecipazione	SI	In parte X	NO		Il sistema Aziendale di valutazione della qualità delle prestazioni è inserito nell'ambito del PIAO (Piano integrato di attività e organizzazione) per il triennio 2023-2025 di recente approvato con deliberazione n. 210 del 31/03/2023. Esso prevede la pubblicazione sul sito istituzionale, nella sezione amministrazione trasparente di tutta la documentazione correlata all'assegnazione obiettivi (anche qualitativi) nonché delle relazioni annuali e del sistema di valutazione e misurazione della Performance.	S.S. Qualità	Soddisfatto	
1.5.7 N.C.M	Utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance	√ Documento da cui si evincano le azioni correttive intraprese in presenza di criticità	Verbali audit condotti S.S. Risk Management Audit a livello di singola struttura (es. Pronto Soccorso)	SI X	In parte	NO	Manca evidenza di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Nell'ambito del sistema aziendale di valutazione previsto al punto 1.5.1, stiamo implementando il Sistema Gestione e Miglioramento Qualità il cui documento di pianificazione risale al 2016.	S.S. Qualità	Entro il mese di settembre verrà sviluppato dalla S.S. Qualità il Piano annuale della Qualità 23-24 che prevede: - Analisi del contesto di riferimento - Bisogni e problemi prioritari - Obiettivi generali e specifici per la qualità - Azioni da effettuare - Modalità di valutazione	
1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.4 R.S.P	Procedura di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini	√ Presenza di un documento nel quale siano chiariti ruoli, funzioni e responsabilità delle diverse Strutture che si occupano di comunicazione (es. regolamento di pubblica tutela)	- Regolamento di Pubblica Tutela (vedi 1.6.1) - Piano di Comunicazione aziendale	SI	In parte X	NO	Piano di comunicazione definito nel 2021	Aggiornamento Piano di Comunicazione	S.S. Servizi Amministrativi Area Sanitaria - Relazioni istituzionali - U.R.P. - Prev. Corruzione e Trasparenza	Entro il 31.12.2023
	1.6.5 R	Attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente).	√ Evidenza di analisi di almeno un processo critico, anche a seguito di quanto previsto al punto 1.6.2	- Rispetto alle criticità 2018 sono stati analizzati i processi: - Prenotazione delle prestazioni ambulatoriali - Erogazione delle prestazioni ambulatoriali	SI X	In parte	NO	Individuare almeno un processo critico e analizzarlo	A causa dello stato emergenziale derivante dal COVID, non è stato possibile, negli anni 2020/2021, focalizzare l'attenzione su processi critici particolari. Attualmente, stante anche il cambiamento organizzativo in corso, si sta aggiornando e implementando il sw a disposizione, al fine di monitorare i processi, analizzarli ed effettuare interventi migliorativi su quelli che presentano maggiori criticità	S.S. Servizi Amministrativi Area Sanitaria	Entro ottobre 2023

Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	2.2.5 R	Gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura	√ Presenza dei documenti predisposti e verifica a campione della loro compilazione nella documentazione sanitaria	Cartella integrata medico - infermieristica Passaggi di consegna con metodologia SBAR presso il Pronto Soccorso Passaggi di consegna in ambito infermieristico	SI X	In parte	NO	scegliere un campione maggiormente rappresentativo per la verifica a campione della corretta compilazione della documentazione sanitaria	1. E' in corso la procedura di gara per l'affidamento del Servizio di manutenzione evolutiva del software di Cartella Clinica Elettronica con predisposizione di criteri di campionamento per la verifica secondo il Capitolato che prevede l'avvio presso tutti i reparti entro 24 mesi solari dalla stipulazione del contratto. 2. Nelle more dell'avvio del sistema suddetto, entro il mese di giugno verrà predisposta una check list per la verifica a campione sulla corretta compilazione della documentazione da parte della Direzione Sanitaria	S.C. DMPO	1. 24 mesi correlati ai tempi di svolgimento dell'iter procedurale della gara d'appalto 2. Entro il mese di giugno 2023
2.3 Continuità assistenziale	2.3.1 R.S.P	Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	√ Esplicitazione del modello organizzativo adottato (presenza del/i documento/i) verifica a campione dell'applicazione del/dei modelli definiti	il modello tradizionale è quello funzionale, sono formalizzati singoli progetti sulle strutture dove si intende sperimentare un modello diverso.	SI	In parte X	NO	Non è presente in quanto finora non richiesto un documento che espliciti le modalità di supervisione per tutta l'Azienda	E' presente un documento in uso in tutta l'Azienda, pubblicato sulla Intranet. Nel 2023 verrà implementato il "primary nursing"	S.C. Di.P.Sa.	Già avviato il progetto in reparti pilota.
	2.3.6 N.C.M	Adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti	√ Protocolli, procedure o regolamenti √ Documenti resi disponibili con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...) √ Monitoraggio della loro applicazione (solo per quanto riguarda la valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche)	Procedura di gestione documentale aziendale (P_DMP_09) disponibile in intranet REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLE CARTELLE CLINICHE E ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA disponibile in Intranet Sistema di valutazione della qualità di compilazione della Cartella Clinica secondo la Griglia di valutazione della Cartella clinica (Allegato Linee Guida Regionali) (DD 497 del 23/07/2012) diffusa mediante nota interna 08.08.12 n. 15066. Manutenzione ed adeguamento del sistema secondo griglia semplificata (mail ottobre 2019 ai referenti SDO).	SI X	In parte	NO	Manca evidenza di soluzioni per favorire lo scambio di informazioni sanitarie tra gli operatori che prendono in cura il paziente	Vedi punto 2.2.5 – 1 con particolare riferimento con l'implementazione del fascicolo sanitario		Vedi punto 2.2.5 – 1
2.4 monitoraggio e la valutazione	2.4.1 N.C.M	Valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida	√ Presenza di protocolli definiti a livello aziendale in coerenza con le linee guida individuate √ Elenco PDTA adottati √ Evidenza del grado di aderenza di almeno un PDTA per dipartimento, ove presente, o per struttura (privato) attraverso gli indicatori individuati nel percorso	Elenco PDTA Aziendali e Interaziendali Valutazione PDTA Femore	SI X	In parte	NO	Manca evidenza di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Nell'ambito del sistema aziendale di valutazione previsto al punto 1.5.1 stiamo implementando il Sistema Gestione e Miglioramento Qualità che prevede anche l'elaborazione della Procedura aziendale per la gestione documentale con indicazioni specifiche sulla valutazione degli indicatori previsti	S.S. Qualità	Entro il mese di settembre 2023
	2.4.2 R.S.P	Valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite audit clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso	√ Evidenza di report sulle attività programmate ed effettuate (es. verbali, rapporti,comprensivo di piano di miglioramento e azioni correttive) √ Evidenza di diffusione con almeno una modalità dimostrabile	Definizione di un sistema aziendale di valutazione della qualità delle prestazioni come al 1.5.1	SI	In parte X	NO		Nell'ambito del Progetto aziendale per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding in DEA, sono stati previsti degli audit specifici con le singole strutture ospedaliere da parte del pool continuità assistenziale e DIPSA con analisi delle criticità e proposta di azioni di miglioramento	S.S. Qualità	Gli audit sono già stati effettuati in tre reparti e entro il 31 12.2023 verranno coinvolti tutti i reparti di ricovero
	2.4.3 N.C.M	Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari	√ Evidenza di incontri con associazioni di pazienti e familiari nella redazione del PDTA √ Evidenza di iniziative di coinvolgimento di pazienti e familiari (es. CAP, lettere ad associazioni, ...)	I PDTA di area oncologica sono sottoposti alla revisione delle Associazioni dei Malati (un rappresentante designato dalla Conferenza Aziendale di Partecipazione). In area oncologica sono frequenti le iniziative con WALCE Onlus - Women against lung cancer europe con sede presso l'Azienda stessa In ambito neurologico sono svolti incontri per i pazienti e i familiari affetti da Sclerosi Multipla per la quale l'Azienda è centro di riferimento regionale con frequenza	SI X	In parte	NO	Manca evidenza di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Nell'ambito del sistema aziendale di valutazione previsto al punto 1.5.1 stiamo implementando il Sistema Gestione e Miglioramento Qualità che prevede anche evidenza di incontri ed azioni di empowerment del paziente e dei famigliari. Nel corso del 2022 è stata predisposta una check-list aziendale per l'analisi della qualità percepita dai pazienti da porre in uso	S.S. Qualità	Entro il mese di novembre 2023 verranno prodotte le prime analisi dei report raccolti.
	2.4.7 N.C.M	Identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	√ Evidenza revisione dei PDTA	Revisione PDTA Interaziendale Toracopolmonare anno 2019 Elenco PDTA Interaziendali in revisione 2020	SI X	In parte	NO	Manca evidenza di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Nel corso del 2022 e 2023 sono stati revisionati e adottati nuovi PSDTA interaziendali nell'ambito del Piano Cronicità con ASL TO3. I criteri di revisioni periodiche dei PDTA aziendali verranno stabiliti nel Piano annuale della Qualità in via di adozione.	Direzione Sanitaria Aziendale	Entro il mese di settembre 2023

Arrivo: AOO A1400A, N. Prot. 00024092 del 28/04/2023

Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

4.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.3 R	Valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e la valutazione della soddisfazione da parte del personale e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	<ul style="list-style-type: none"> √ Riesame del programma di formazione attraverso indicatori (es: percentuale di partecipazione ai corsi, ecc...) √ Registrazione della formazione per ciascun operatore. √ Esistenza di un sistema di valutazione delle competenze (es: schede valutazione, report,...) √ Presenza dei questionari ECM o di altro sistema di valutazione per tutti gli eventi formativi accreditati (valutazione della soddisfazione e di profitto) 	Esistenza della relazione annuale del Comitato Scientifico sull'efficacia - Registrazione della formazione di ogni operatore suo dossier formativo - Esistenza di questionari di gradimento e apprendimento Relazioni del Comitato/dossier formativi/rapporti con esiti questionari presenti in piattaforma ECM; schede di valutazione delle competenze previste per dirigenza (Regolamento e relative schede pubblicate su Intranet)	SI X	In parte	NO	Migliorare la valutazione dell'efficacia dei programmi formativi	Dopo ogni corso vengono somministrati ai partecipanti i questionari di apprendimento, con successiva analisi degli stessi finalizzata ad individuare eventuali lacune /criticità e consentire di apportare dei miglioramenti. Vengono altresì somministrati questionari di gradimento che permettono di valutare la soddisfazione sia rispetto ai docenti che rispetto all'organizzazione. Gli esiti sintetici dei questionari di apprendimento e di gradimento sono registrati nella piattaforma ECM	S.C. Risorse Umane - Settore Formazione	Soddisfatto
	4.1.5 N.C.M	Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di un documento che preveda la condivisione delle conoscenze acquisite al di fuori dell'Azienda, ma con onere a carico della stessa, ed esempi di avvenuta condivisione (es. attivazione corsi, incontri riunioni...) 	prevista nota a tutti i Responsabili per condivisione conoscenze	SI X	In parte	NO	Manca l'evidenza della condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura	Già dal 2018 è richiesta ai fruitori di corsi esterni la redazione di una relazione sulle conoscenze acquisite, da trasmettere al Direttore della struttura di afferenza e da condividere con i colleghi della medesima. Da Maggio 2022 è stato richiesto di trasmettere copia della detta relazione al Centro di Formazione Aziendale e tale adempimento sarà previsto nel Regolamento sull'attività formativa, in corso di aggiornamento.	S.C. Risorse Umane - Settore Formazione	Soddisfatto
4.2 Inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.1 R.S.P	Messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale - neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di una modalità strutturata per la gestione del nuovo personale 	In corso di predisposizione procedura di accoglienza e scheda di affiancamento per il personale amministrativo e tecnico neoassunto, Per il personale sanitario la SC DIPSA utilizza già una scheda di addestramento/affiancamento Schede personale sanitario agli atti della SC DIPSA	SI	In parte X	NO	Manca un piano unitario; sono previsti i singoli adempimenti	E' stata predisposta in data 21.11.2022 la procedura di accoglienza, inserimento e valutazione del personale neoassunto del Comparto, pubblicata sulla intranet aziendale - Risorse Umane - sezione documenti e procedure e comunicata alle strutture in data 15.12.2022.	S.C. Risorse Umane - Settore Formazione	Soddisfatto
	4.2.2 R.S.P	Formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza delle registrazioni di avvenuta accoglienza, affiancamento/addestramento e valutazione del nuovo personale (es. schede di affiancamento) 	Parere/relazione del Responsabile della struttura di afferenza del Dirigente - non piu' prevista dal nuovo CCNL per il personale del Comparto - per superamento periodo di prova (note/relazioni agli atti della SC Risorse Umane) Nella scheda di affiancamento /addestramento, al termine del periodo di prova, sarà attestata l'idoneità schede con attestazione idoneità agli atti SC Risorse Umane	SI	In parte X	NO	Da integrare con quanto indicato al punto precedente	Procedura di accoglienza, inserimento e valutazione del personale neoassunto del Comparto di cui al punto precedente	S.C. Risorse Umane - Settore Formazione S.C. DiPSa	Soddisfatto
	4.2.4 R.S.P	Valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	<ul style="list-style-type: none"> √ Evidenza del riesame delle attività svolte (report dei questionari,...) ed eventuali modifiche apportate 	E' disponibile relazione annuale del Comitato scientifico	SI	In parte X	NO	Va definita la valutazione di efficacia nella procedura prevista al pto 4.2.1	Verrà predisposto un questionario di valutazione, da somministrare a 180 giorni dall'assunzione	S.C. Risorse Umane - Settore Formazione	Entro settembre 2023
5.1 Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori	5.1.2 N.C.M	Definizione di flussi informativi e reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di documenti di programmazione strategica, schede di budget,(vedi punto 1.1.1. e seguenti) 	Reportistica di monitoraggio obiettivi pubblicata sulla Intranet Aziendale a cura del Controllo di Gestione alla voce "Controllo di Gestione". Schede di budget allegate alla deliberazione di assegnazione obiettivi per l'anno 2019 (vd.requisito 1.1.2) Verbale dell'Organismo Indipendente di Valutazione n. 8 del 03/10/18 relativo alla verifica intermedia sul raggiungimento obiettivi 2018 Deliberazione n. 344 dell' 11/06/2019 relativa al raggiungimento obiettivi 2018	SI X	In parte	NO	Manca evidenza di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Nel Sistema di misurazione e valutazione della performance aggiornato è stata prevista una apposita sezione riferita alle azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance	S.C. Risorse Umane	Soddisfatto
	5.1.3 R.S.P	Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza del piano di comunicazione 	- Piano di Comunicazione 2021 pubblicato in intranet - Procedura per la comunicazione, interna ed esterna, di aspetti di cambiamento organizzativo che hanno impatto sul funzionamento dei servizi	SI	In parte X	NO		Aggiornamento Piano di Comunicazione vedi punto 1.6.4	S.C. Risorse Umane	Entro il 31.12. 2023
5.2 Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori	5.1.4 R.S.P	Valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario	<ul style="list-style-type: none"> √ Evidenza di aver effettuato almeno una verifica di efficacia del sistema di comunicazione adottato 	Tema discusso in incontri coi Dipartimenti.	SI X	In parte	NO	Sito internet rifatto con CSI e ad oggi è disponibile per tutti i dipendenti mail aziendale	Ridefinizione del sito aziendale (Intranet) in programma	S.S. Servizi Amministrativi Area Sanitaria - Relazioni istituzionali - U.R.P. – Prev. Corruzione e Trasparenza	2023/2024
	5.2.1 R	Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale	<ul style="list-style-type: none"> √ Sistema di valutazione periodica del clima con periodicità definita √ Previsione di azioni di miglioramento in presenza di criticità (vedi Punto 3.2) 	Indagine su benessere organizzativo personale amministrativo e tecnico condotta nel 2011 in collaborazione con ASL TO3 e Dip.di Psicologia, che ne ha elaborato i risultati Indagine su benessere organizzativo di tutto il personale effettuata da ditta esterna mediante somministrazione questionario nel dicembre 2016 Nota prot. n. 14572 del 21.09.17 relativa alla restituzione al personale degli esiti della rilevazione, con richiesta di evidenziare, a fronte delle criticità emerse, possibili misure/ interventi (documentazione agli atti della SS Prevenzione e Protezione) Prevista una nuova indagine nel 2023. Pur non essendo predefinita formalmente una periodicità, l'indagine viene effettuata di norma ogni 5 anni, fatte salve diverse valutazioni	SI X	In parte	NO	Riprendere le attività di indagine sul clima organizzativo aziendale	Nel 2023 è prevista una indagine oggettiva relativa allo stress lavoro correlato; nelle strutture ove dovesse risultare un elevato livello di stress, si procederà alla valutazione soggettiva	S. C. Risorse umane	Entro il 31.12.2023

Arrivo: AOO A1400A, N. Prot. 0024082 del 28/04/2023

Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

Arrivo: AOO A1400A, N. Prot. 00024082 del 28/04/2023	5.3 Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	5.3.3 R	Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver	√ Presenza di un documento che definisca le modalità adottate per la comunicazione (responsabilità, tempi ...) a persone diverse dal paziente, compreso l'eventuale addestramento del caregiver (es. momento di formazione, incontro, schede valutazione NOCC...)	Convenzione con Onlus GILO CARE per assistenza ai pazienti con disabilità complesse Delibera 194 del 06.04.17 Procedura per l'accesso di persone a sostegno dei degenti P_DMP 13 Iniziativa presso i singoli reparti, es Pneumologia: Orari di accoglimento parenti e autorizzati da paziente per discussione situazione clinica. Opera di addestramento care giver per pazienti a elevato carico assistenziale con possibilità di domiciliazione	SI X	In parte	NO	Migliorare le modalità di addestramento del caregiver	Predisposizione da parte del DIPSA di procedura e istruzioni operative	S.C. DMPO S.C. DI.P.SA.	entro il 30 settembre 2023	
	5.4 Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	5.4.4 R.S.P	Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver ed i miglioramenti degli stessi se necessario	√ Evidenza della revisione/ridiscussione dei contenuti dei documenti di cui ai punti 5.4.1 e 5.4.2	Verbal della Conferenza aziendale di partecipazione Analisi delle segnalazioni pervenute all'URP e dei sinistri P_DMP 03 Procedura consenso informato		SI	In parte X	NO	Prevedere aggiornamento procedura	Nell'ambito del sistema aziendale di valutazione previsto al punto 1.5.1 stiamo implementando il Sistema Gestione e Miglioramento Qualità che prevede anche evidenza di incontri ed azioni di empowerment del paziente e dei familiari e la revisione della Procedura aziendale sul consenso informato	S.S. Risk Management	2023/2024
	5.5 Modalità di ascolto dei pazienti	5.5.3 R.S.P	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction)	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami, disservizi, elogi, suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc....)	- Disponibili schede per monitoraggio qualità percepita in intranet per attività di ricovero ed ambulatoriale - Ultima indagine disponibile è del 2010		SI	In parte X	NO	- mancanza di indagine aggiornata	Nel corso del 2022 sono state predisposta due nuove check-list aziendali (ricovero e prestazioni ambulatori) per l'analisi della qualità percepita dai pazienti, da porre in uso prossimamente	S.S. Servizi Amministrativi Area Sanitaria - Relazioni istituzionali - U.R.P. - Prev. Corruzione e Trasparenza	Entro il mese di novembre 2023 verranno prodotte le prime analisi dei report raccolti.
		5.5.4 N.C.M	Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	√ Azioni di miglioramento in presenza di criticità	- Rispetto alle criticità 2018 sono stati analizzati i processi: - Prenotazione delle prestazioni ambulatoriali - Erogazione delle prestazioni ambulatoriali		SI X	In parte	NO	Requisito collegato a quello di cui al punto 5.5.3 dichiarato in parte nell'auto valutazione, pertanto anch'esso risultato in parte soddisfatto	Previste Analisi dei reclami raccolti da URP e delle valutazioni sulla qualità. Pianificazione degli interventi di miglioramento sulle criticità evidenziate	S.S. Servizi Amministrativi Area Sanitaria - Relazioni istituzionali - U.R.P. - Prev. Corruzione e Trasparenza	Entro il mese di novembre 2023 verranno prodotte le prime analisi dei report raccolti.
	6.1 Proccio alla pratica clinica secondo evidenze	6.1.5 N.C.M	Valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario	√ Evidenza della valutazione e dell'eventuale revisione di almeno un PDTA o di un'attività/procedura a valenza trasversale (dipartimento) (es. dolore, riconciliazione) √ Documentazione della valutazione effettuata √ Evidenza delle azioni di miglioramento intraprese	Procedura per la gestione specialità medicinali P_DMP 40 par. 14 e Scheda all. 15 Verbale riunione comitato ospedale senza dolore (COTSD) del 21 novembre 2019		SI X	In parte	NO	Manca evidenza di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Nell'ambito del sistema aziendale di valutazione previsto al punto 1.5.1 stiamo implementando il Sistema Gestione e Miglioramento Qualità che prevede attivazione dei programmi di miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni	S.S. Qualità	entro il 30 settembre 2023
	6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.4 N.C.M	Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio	√ Evidenza dell'applicazione delle metodologie previste, comprensiva di piano d'azione e indicatori di monitoraggio	Previsti piano di azione e indicatori di monitoraggio nelle schede Audit - SEA e Safety Walkaround (vedi esempi)		SI X	In parte	NO	Manca evidenza di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Stiamo implementando il Sistema Gestione e Miglioramento Qualità che prevede il sistema di gestione del rischio clinico sotto ogni profilo	S.S. Risk Management	Entro il 31 dicembre 2023
		6.3.5 N.C.M	Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza	√ Presenza di attività inerenti la gestione del rischio clinico che tengano anche conto delle indicazioni fornite dai documenti emessi dal Ministero della Salute e dalla Regione (implementazione di Raccomandazioni, Linee Guida o di indirizzo, Manuali, progetti di miglioramento, azioni correttive o preventive, monitoraggio, formazione, ...)	P_DMP_06 IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE P_DMP_07 CONTEGGIO STRUMENTARIO P_DMP_11 GESTIONE DEL RISCHIO CADUTE DEI P.TI RICOVERATI P_DMP_19 Procedura prevenzione rischio di suicidio dei pazienti in ospedale P_DMP_28 Corretta identificazione del paziente P_DMP_29 Identificazione dell'utente in Pronto Soccorso P_DMP_40 PROCEDURA PER LA GESTIONE DI SPECIALITA' MEDICINALI IO_DSP_16 CORRETTO POSIZIONAMENTO DEL P.TE IN SALA OPERATORIA INTERVENTISTICA SIT_021.0 Identificazione pz per trasfusione		SI X	In parte	NO	Manca evidenza di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Stiamo implementando il Sistema Gestione e Miglioramento Qualità che prevede il sistema di gestione del rischio clinico sotto ogni profilo	S.S. Risk Management	Entro il 31 dicembre 2023
		6.3.6 R.S.P	Definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi	√ Presenza di modalità strutturate per la gestione: - Comunicazione degli eventi avversi, - gestione impatto evento sull'equipe - risoluzione stragiudiziale del contenzioso	Risoluzione stragiudiziale del contenzioso in gestione congiunta con S.S. Affari Generali - Legali		SI	In parte X	NO		Approvazione e diffusione delle procedure: - gestione impatto evento sull'equipe; - comunicazione degli eventi avversi.	S.S. Risk Management	
	6.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze	6.4.2 R	Produzione e diffusione di buone pratiche	√ Evidenza delle buone pratiche introdotte	L'uso dei braccialetti identificativi nelle trasfusioni Uso corretto degli antibiotici Scheda terapeutica unica (STU) Igiene mani Prevenzione errori incompatibilità AB0 Prevenzione delle cadute dei pazienti ricoverati in ospedale Obiettivo 2019 S.C. DiPSa diffusione e applicazione di Best Practice		SI X	In parte	NO	PUBBLICAZIONE di una BUONA PRATICA sul SITO AGENAS	Inserimento di una delle buone pratiche aziendali sul sito AGENAS	S.S. Risk Management	Entro il 30 giugno

Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

7.1 Progetti di miglioramento	7.1.1 N.C.M	Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare)	<ul style="list-style-type: none"> √ Documentazione relativa all'istituzione, alle responsabilità, alle funzioni ed all'organizzazione interna √ Documento di pianificazione annuale che descriva azioni/obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione/verifica √ Evidenza che lo stesso sia stato diffuso alle Strutture almeno con una modalità dimostrabile (lettera, mail, Intranet, Internet, ...) √ Documento da cui si evincano le azioni correttive intraprese in presenza di criticità. Una possibile evidenza sono le schede obiettivo se contengono obiettivi di qualità, con indicatori	Sistema di valutazione della performance v. 1.1.3 Documento di pianificazione: Le norme di buona qualità – marzo 2016 Documento di pianificazione: Scegliere con saggezza – marzo 2016 Documento di pianificazione: Benessere organizzativo – marzo 2016 Documento di pianificazione: Budget e performance based budget – marzo 2016 Internet: Comunicati stampa (http://www.sanluigi.piemonte.it/azienda/comunicati.shtml) Il "Quality Day" nell'AOU San Luigi di Orbassano: presentati i progetti di miglioramento continuo – 15/12/2016 Invito presentazione Piano San Luigi 2 – 10/03/2016 AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano: appropriatezza e sicurezza delle pratiche sanitarie con il "choosing wisely" - 8/02/2017 All'AOU San Luigi il "Quality Day 2017" per "Scegliere con saggezza" - 14/11/2017 AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano: focus su leadership e benessere organizzativo – 31/05/2017 A partire dal 2018 implementazione delle azioni per l'accreditamento istituzionale Obiettivi aziendali 2019 - Sezione obiettivi qualità	SIX	In parte	NO	Manca evidenza di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Stiamo implementando il Sistema Gestione e Miglioramento Qualità che prevede analisi, valutazione di eventuali piani di miglioramento degli indicatori previsti.		Entro 30 settembre 2023
7.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa	7.3.3 N.C.M	Monitoraggio dell'efficacia dell' intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione	<ul style="list-style-type: none"> √ Previsione di indicatori di valutazione e monitoraggio per le attività innovative dell'Azienda (almeno 1/3 anni) nel piano strategico e/o nel documento di programmazione e/o in analogo documento 	- Comunicazioni e Verbali riunioni transizioni sistema gestionale oncologia a LOG80	SIX	In parte	NO	Manca evidenza di metodologia per analisi, valutazione e messa in atto di eventuali piani di miglioramento	Implementazione del Piano Strategico aziendale	Direzione Aziendale	2023- 2024