

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 967 DEL 09/06/2023

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 26 del 26/02/2021

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott.ssa MICHELA CONTE

DIRETTORE SANITARIO

dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI

dott. EDDI FREZZA

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO DELLA QUALITA' DELL' ULSS7
PEDEMONTANA.

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
dott. Carlo Bramezza

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale
sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi
informatici dell'Azienda.*

Proponente: UOSD FORMAZIONE
Anno Proposta: 2023 Numero Proposta: 986/23

Il Responsabile dell'Ufficio Qualità e Adempimenti Legge Regionale n. 22/2022, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to. Giuseppe Zanini.

Vista la L.R. 22/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la DGR n. 2266/2016 ad oggetto: "Recepimento e applicazione dell'allegato sub A dell'Intesa Stato-Regioni del 19.2.2015 (rep. n.32/CSR) in parziale sostituzione della DGR n. 2501 del 6 agosto 2004. Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002" che recepisce i criteri, i requisiti e le evidenze di cui al Disciplinare Tecnico dell'intesa Stato-Regioni n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 e adotta i «Requisiti minimi generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e gli ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie» applicabili all'intera Azienda ULSS;

Visto in particolare il requisito generale di accreditamento codice GEN.SAN.AC.512.5 di cui alla citata delibera regionale, che richiede, tra l'altro all'Azienda la definizione di "programmi di miglioramento della qualità";

Considerato che appare opportuno dotare l'Azienda ULSS n. 7 di una pianificazione biennale in materia di qualità che rappresenti e copra tutte le aree oggetto di Autorizzazione all'esercizio e di Accredimento Istituzionale ai sensi della LR 22/02;

Visto il documento allegato alla presente deliberazione, intitolato "Piano della Qualità dell'ULSS n. 7 Pedemontana", articolato in otto sezioni, in riferimento alla successione delle Aree che raggruppano i criteri previsti dal modello di Autorizzazione all'esercizio e Accredimento Istituzionale (DGR n. 2266 del 30/12/2016):

- Area 1: Attuazione di un sistema di gestione delle Strutture sanitarie;
- Area 2: Prestazioni e Servizi;
- Area 3: Aspetti Strutturali;
- Area 4: Competenze del Personale;
- Area 5: Comunicazione;
- Area 6: Appropriata clinica e sicurezza;
- Area 7: Processi di miglioramento ed innovazione;
- Area 8: Umanizzazione.

Stabilito che il Piano aziendale di miglioramento della qualità potrà essere modificato/integrato con la medesima procedura prevista per la sua approvazione;

Per quanto sopra esposto, il Responsabile dell'Ufficio Qualità e Adempimenti Legge Regionale n. 22/2022 propone di approvare, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, l'allegato elaborato recante "Piano della Qualità dell'ULSS n. 7 Pedemontana" composto di 40 pagine e n. 1 allegato;

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione e la proposta del Responsabile del procedimento;

Dato atto che il Responsabile del servizio competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari, per quanto di rispettiva competenza.

DELIBERA

1. di approvare l'allegato elaborato recante il "Piano della Qualità dell'ULSS n. 7 Pedemontana", parte integrante del presente provvedimento, che si articola in 8 sezioni, 40 pagine e n. 1 allegato;
2. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/07/2022.



IL PIANO DELLA QUALITÀ DELL'ULSS N. 7 PEDEMONTANA

a cura di Ufficio Qualità e Adempimenti legge
Regionale n. 22/2002

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	4
AREA 1: ATTUAZIONE DEL SGQ	6
1.1 Presentazione dell'Azienda Ulss n. 7.....	7
Presidio Ospedaliero di rete San Bassiano.....	7
Ospedale nodo di rete con specificità montana Asiago.....	7
Presidio Ospedaliero di rete Alto Vicentino.....	7
Distretto 1 Bassano	8
Distretto 2 Alto Vicentino	8
Dipartimento di Prevenzione	8
1.2 Mission e strategia aziendale	9
1.3 Atti di programmazione generale: il P.I.A.O.....	10
1.4 Delega di funzioni di gestione	11
AREA 2: PRESTAZIONI E SERVIZI	12
2.1 Le interfacce interne ed esterne	12
2.1.1 Rete Hub&Spoke	12
2.1.2 Reti assistenziali.....	12
2.1.3 PDTA.....	13
2.1.3.1 Focus sui PDTA	13
2.1.4 Accordi/Contratti di fornitura.....	13
2.2 Requisiti per i prodotti e servizi.....	14
2.2.1 La Carta dei Servizi.....	14
2.2.2 Monitoraggio dei processi e dei prodotti	14
2.3 Le risorse informatiche	15
2.3.1 Analisi dei dati	16
2.4 Riesame a livello di Direzione Aziendale	16
2.4.1 Bilancio dell'azienda e accountability.....	17
2.4.2 Anticorruzione, Trasparenza e Privacy	18
2.5 Riesame a livello di articolazione organizzativa.....	18
AREA 3: ASPETTI STRUTTURALI.....	19
3.1 Ambienti, strutture ed impianti	19
3.2 Apparecchiature biomedicali.....	19
3.3 Informatica	20
AREA 4: COMPETENZE DEL PERSONALE.....	22
4.1 Il PFA	22
4.2 Competenza, consapevolezza e addestramento	23
4.3 Sviluppo professionale e valutazione delle performance.....	23
AREA 5: COMUNICAZIONE	25



5.1 Comunicazione Interna	25
5.2 Diritti dei pazienti	26
5.2.1 Gestione dei reclami e risoluzione delle controversie	26
5.2.2 Ascolto attivo (pazienti, familiari, caregiver)	27
AREA 6: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA.....	29
6.1 Aree e strutture dedicate.....	29
6.1.1 la presa in carico nel processo clinico assistenziale.....	30
6.2 La valutazione e la gestione del rischio	31
6.2.1 Sicurezza delle cure	31
AREA 7: PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE	33
7.1 Metodo PDCA.....	33
7.2 Il piano di miglioramento della qualità per il biennio 2023 e 2024.....	33
7.3 Uso delle tecnologie sanitarie e dell'informazione	34
7.3 Promozione dell'innovazione e ricerca scientifica	35
AREA 8: UMANIZZAZIONE.....	37
8.1 Comitato Etico per la Pratica Clinica.....	37
8.2 Comitato Unico di Garanzia	38
8.3 Dimissione del paziente fragile.....	38
8.4 Formazione degli operatori sugli aspetti relazionali	38
8.5 Indagini di qualità percepita dal punto di vista del cittadino	38
8.5.1 Ospedali bollino rosa	39
8.5.2 Ospedali e Territorio amici dei bambini.....	39
8.6 Indagini di qualità percepita dal punto di vista del personale dipendente	39
ALLEGATI	40
ALL n. 1: TABELLA DI CORRISPONDENZA PIANO DELLA QUALITÀ E REQUISITI GENERALI DI ULSS.....	40

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo del presente Piano della Qualità è descrivere e documentare il Sistema di Gestione per la Qualità, le modalità di gestione strategica e operative adottate dell'Azienda Ulss n. 7 Pedemontana (di seguito "Azienda") per dare attuazione ai principi contenuti nei requisiti generali previsti dal modello di Accreditamento della Regione Veneto (L.R. n. 22/2002 e DGR 2266/16) alla luce dei principi di cui alla Norma UNI EN ISO 9001:2015.

Il Manuale Qualità ha l'obiettivo di rendere evidenti i macro processi aziendali tenendo conto dei rapporti fornitori - clienti tra le varie articolazioni organizzative e degli stakeholder con i quali l'Azienda interagisce, per realizzarli in modo efficace, efficiente, sicuro e rispondere ai bisogni degli utenti.

Il Piano intende esplicitare il governo dell'integrazione tra livelli assistenziali, tramite l'utilizzo di strumenti clinico – organizzativi quali, ad esempio, i piani ed i programmi, i protocolli e le procedure, i PDTA e la compartecipazione per la realizzazione dei propri obiettivi con le altre Aziende e Istituzioni, Associazioni di Volontariato, Medici di Famiglia e Pediatri di libera Scelta e tutti gli altri stakeholder interessati promuovendone la partecipazione nelle scelte aziendali e nelle iniziative di miglioramento dei servizi offerti.

Il Piano trova necessario fondamento nell'Atto Aziendale e nel P.I.A.O. 2023-2025 approvati con delibere n. 142/2020 e n. 170/2023. A tali documenti, visibili nel sito internet aziendale, si rimanda per un dettaglio e un ampliamento rispetto a quanto di seguito descritto.

Campo di applicazione del Piano della Qualità è tutta l'organizzazione Aziendale di cui si riportano gli elementi generali e comuni rimandando la rappresentazione di fattori specifici inerenti alle diverse articolazioni organizzative ai documenti da esse prodotti.

Il Piano è articolato in otto sezioni, in riferimento alla successione dei Aree che raggruppano i criteri previsti dal modello di Autorizzazione all'esercizio e Accreditamento Istituzionale (DGR n. 2266 del 30/12/2016).

Area 1: Attuazione di un sistema di gestione delle Strutture sanitarie;

Area 2: Prestazioni e Servizi

Area 3: Aspetti Strutturali

Area 4: Competenze del Personale

Area 5: Comunicazione

Area 6: Appropriately clinica e sicurezza

Area 7: Processi di miglioramento ed innovazione

Area 8: Umanizzazione

IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

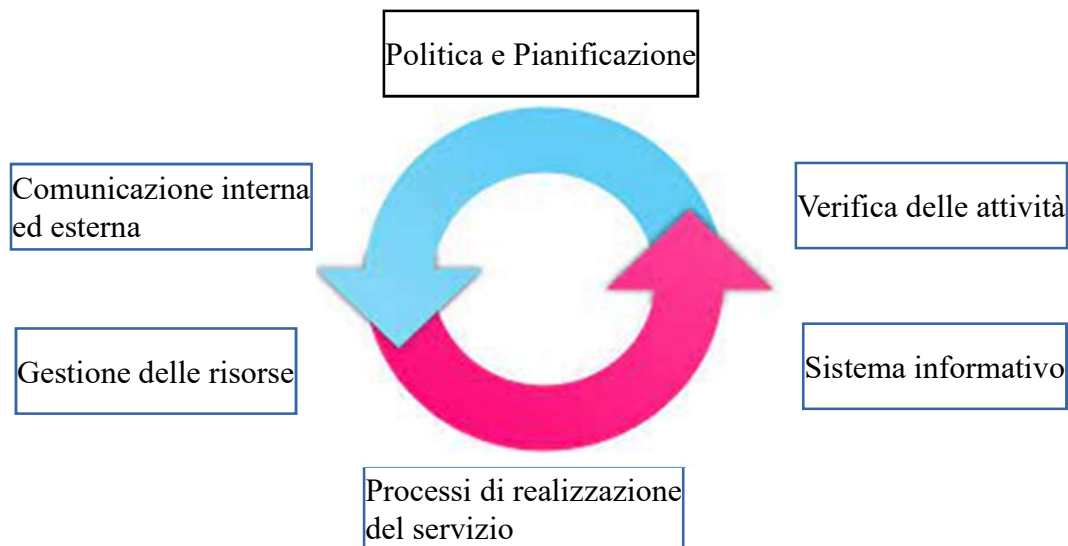
Il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) dell'Azienda rappresenta la complessità dell'organizzazione stessa, che deriva dalla presenza di diverse strutture che, in modo integrato,

devono adattarsi ai continui cambiamenti provenienti dal contesto in cui l'Azienda opera.

Il SGQ è un sistema dinamico e flessibile in grado di affrontare cambiamenti di vario tipo, come ad esempio quelli derivanti da modifiche legislative e normative a livello regionale, nazionale e comunitario. Inoltre, è in grado di rispondere alle variazioni nella domanda di prodotti e servizi in termini di quantità e qualità, grazie allo sviluppo e all'evoluzione scientifica. L'organizzazione aziendale stessa richiede conformità alle direttive regionali, e il SGQ si adatta di conseguenza.

Tanto il SGQ quanto l'intera Azienda si comportano come un sistema aperto che interagisce costantemente con l'ambiente esterno. Pertanto, è di fondamentale importanza mantenere rapporti con enti e istituzioni, nonché con i rappresentanti della comunità e le associazioni locali. Oltre alla flessibilità del Sistema Qualità, è essenziale impegnarsi costantemente per fornire risposte qualitative, oltre che quantitative, alle esigenze di salute della popolazione di riferimento, in linea con lo sviluppo scientifico e i principi di *clinical governance*.

Di seguito viene riportata la struttura del Sistema di Gestione per la Qualità dell'Azienda:



Note:

Politica e Pianificazione: che tiene conto di bisogni ed attese di salute dei cittadini ma anche di programmazione nazionale e regionale

Comunicazione interna ed esterna: idonea a condividere le scelte organizzative dentro l'Azienda e diffonderle all'esterno agli *stakeholders*

Gestione delle risorse: struttura, impiantistica, dotazioni tecnologiche e personale, servizi di supporto

Processi di realizzazione del servizio: reti assistenziali; PDTA; Procedure; Protocolli; processi di supporto, requisiti e controlli

Sistema informativo: analisi dei dati provenienti da indicatori; flussi regionali o nazionali; indagini; segnalazioni; audit; non conformità

Verifica delle attività: finalizzata al miglioramento continuo.

AREA 1: ATTUAZIONE DEL SGQ

I processi di programmazione, pianificazione, allocazione delle risorse e controllo che sostengono e facilitano il raggiungimento della missione e della visione aziendale, con un'ottica orientata al miglioramento continuo, sono responsabilità dirette della Direzione Strategica.

Essi fanno riferimento a:

- Pianificazione strategica: comprende tutte le attività finalizzate alla definizione e diffusione della politica e degli obiettivi strategici di breve e medio-lungo periodo.
- Traduzione degli obiettivi di salute in obiettivi e standard negoziati nel Processo di Budget.
- Gestione delle risorse: (umane, infrastrutturali, ambienti di lavoro)
 - Formazione o Gestione delle Risorse Umane
 - Approvvigionamento e gestione beni e servizi
 - Approvvigionamento e gestione tecnologie sanitarie
 - Approvvigionamento e gestione tecnologie informatiche e di rete
 - Progettazione, gestione e manutenzione immobili
 - Prevenzione e Protezione dei Lavoratori o Approvvigionamento
 - gestione risorse finanziarie
- Misurazione, analisi e verifica dei risultati ai fini del Miglioramento: La misurazione e l'analisi della performance aziendale (in termini di volume di attività, risultati clinico-assistenziali, organizzativi e di soddisfazione del cliente) comprendono il monitoraggio di:
 - attività sanitaria e prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione e promozione della salute
 - indicatori di performance clinico-assistenziale
 - eventi sentinella
 - attività amministrativa e gestionale
 - qualità percepita dal cliente interno ed esterno
 - segnalazioni (reclami, rilievi e suggerimenti)
 - sicurezza e gestione del rischio

La supervisione delle attività avviene tramite l'utilizzo di diversi strumenti, come audit clinici, indagini sulla qualità percepita, il sistema informativo sanitario e audit interni. Questo processo di monitoraggio implica la gestione delle eventuali non conformità, reclami o disservizi identificati, nonché l'attuazione di azioni correttive necessarie per migliorare il sistema. Inoltre, comprende tutte le attività coinvolte nella gestione del rischio.

1.1 Presentazione dell'Azienda Ulss n. 7

Il giorno 1° gennaio 2017 è stata costituita l'**Azienda Sanitaria U.L.S.S. n. 7 Pedemontana**, nata dalla fusione tra le Aziende Sanitarie ex n. 3 Bassano del Grappa ed ex n. 4 Alto Vicentino, per effetto della Legge regionale del 25 ottobre 2016 n. 19.

La **sede legale** della nostra Azienda è a **Bassano del Grappa**, in via dei Lotti 40.

La superficie del territorio aziendale è di kmq 1.482,98, di cui 938,47 Km² sono in area di montagna (17 Comuni) e di alta montagna (8 Comuni). L'ambito territoriale dell'azienda ULSS n.7 Pedemontana comprende 55 Comuni, di cui:

- 23 afferenti al distretto 1 Bassano
- 32 afferenti al distretto 2 Alto Vicentino

La popolazione residente al 1/1/2022 è di 361.257 abitanti alla quale l'Azienda offre una rete di assistenza aziendale articolata sul territorio con i servizi e le prestazioni erogati dalle seguenti macro-strutture:

Presidio Ospedaliero di rete San Bassiano

Struttura dotata di ambienti spaziosi e luminosi, con colori e arredi gradevoli, servizi igienici riservati e la comodità dei principali servizi tecnologici accessibili da ciascun degente dal proprio letto. Conta 376 osti letto e contempla tutte le principali specialità ospedaliere.

Ospedale nodo di rete con specificità montana Asiago

Il nuovo ospedale di Asiago, costruito su 4 piani oltre a un'area mansardata, ospita tutti i reparti operativi su 104 posti letto.

Reparti di Asiago sono: Laboratorio Analisi, Nefrologia, Pediatria, Radiologia, Anestesia e rianimazione, Gestione dell'emergenza urgenza ospedaliera in ambito montano, Medicina Generale, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Day surgery, Recupero e Riabilitazione Funzionale e Direzione Medica.

La struttura attualmente in uso, ristrutturata nel 2008, ospiterà gli ambulatori specialistici e l'area amministrativa.

Articolazione dipartimentale (Bassano ed Asiago):

- Dipartimento Medico
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento Area Critica
- Dipartimento dei Servizi Diagnosi e Cura

Presidio Ospedaliero di rete Alto Vicentino

L'ospedale Alto Vicentino, che è dotato di oltre 400 posti letto, è strutturato in modo da dedicare il piano terra all'emergenza e alle funzioni aperte verso l'esterno, il piano primo all'accoglienza (hall, sportelli amministrativi, servizi per il pubblico, poliambulatori), il secondo alle degenze internistiche e del materno infantile il terzo al dipartimento di emergenza, che dispone di un gruppo operatorio centralizzato con 7 sale per gli interventi di chirurgia maggiore e un gruppo operatorio di

day surgery con 6 sale per interventi minori.

I servizi generali trovano collocazione al piano seminterrato.

Al primo piano si affacciano la chiesa, i locali per le associazioni di volontariato, il bar, i negozi, il CUP, lo sportello-cassa, uno spazio di giochi per i bambini e, al piano terra, la sala multimediale, che diventano patrimonio della comunità.

Articolazione dipartimentale:

- Dipartimento Medico
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento Area Critica
- Dipartimento dei Servizi Diagnosi e Cura

Distretto 1 Bassano

comprende i comuni di: Asiago, Bassano del Grappa, Cartigliano, Cassola, Colceresa, Enego, Foza, Gallio, Lusiana Conco, Marostica, Mussolente, Nove, Pianezze, Pove del Grappa, Roana, Romano d'Ezzelino, Rosà, Rossano Veneto, Rotzo, Schiavon, Solagna, Tezze sul Brenta, Valbrenta.

Risponde a molte problematiche:

- della maternità, dell'infanzia, adolescenza e della famiglia
- della disabilità
- della salute mentale
- dei disturbi alimentari
- delle dipendenze da alcol e sostanze stupefacenti
- della non autosufficienza

Distretto 2 Alto Vicentino

Il Distretto 2 Alto Vicentino comprende i comuni di: Arsiero, Breganze, Caltrano, Calvene, Carrè, Chiuppano, Cogollo del Cengio, Fara Vicentino, Laghi, Lastebasse, Lugo di Vicenza, Malo, Marano Vicentino, Monte di Malo, Montecchio Precalcino, Pedemonte, Piovene Rocchette, Posina, Salcedo, San Vito di Leguzzano, Santorso, Sarcedo, Schio, Thiene, Tonezza del Cimone, Torrebelvicino, Valdastico, Valli del Pasubio, Velo d'Astico, Villaverla, Zanè e Zugliano

Copre le medesime problematiche del Distretto n. 1

Dipartimento di Prevenzione

Le attività del Dipartimento sono:

1. profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
2. tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
3. tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari sul lavoro, in casa e stradali;

4. tutela igienico-sanitaria degli alimenti e sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
5. azioni di promozione della salute;
6. sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
7. farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

1.2 Mission e strategia aziendale

La **mission** dell'Azienda consiste nel rispondere alla domanda di salute della comunità, erogando prestazioni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale così come definito dalla programmazione

regionale, secondo principi di buon andamento dell'amministrazione e orientando la propria organizzazione e attività sui bisogni della persona, sull'integrazione tra servizi sanitari e la comunità locale e sullo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici volti a garantire appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità nel trattamento e nell'accesso ai servizi.

La **vision** dell'Azienda consiste nell'essere e voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. La risposta ai bisogni di salute non può prescindere dalla riprogettazione delle modalità di offerta e di erogazione dei servizi, da realizzare attraverso la definizione di percorsi assistenziali innovativi finalizzati a garantire la continuità delle cure, l'integrazione degli operatori e dei servizi e un utilizzo appropriato ed equo delle risorse.

1.3 Politica per la qualità

La Direzione riconosce l'importanza di stabilire e mantenere un Sistema di Gestione per la Qualità e l'Accreditamento che sia conforme ai requisiti della Legge Regionale n. 22/02 e dei principi di cui alla norma UNI EN ISO 9001:2015 e applicabile ai processi dell'Azienda.

I requisiti si concentrano sull'organizzazione dell'azienda al fine di farla funzionare come un sistema di qualità, con processi aziendali interconnessi che lavorano in armonia per raggiungere sei obiettivi chiave (I.O.M.,1990):

1. Sicurezza
2. Efficacia
3. Centratura sul Paziente
4. Tempestività
5. Efficienza
6. Equità

Per raggiungere questo obiettivo, è necessario attivare strategie che assicurino la massima

attenzione alle esigenze e alle aspettative del cliente/paziente, il miglioramento continuo e misurabile delle prestazioni dell'intera struttura aziendale, la consapevolezza e la motivazione delle risorse umane, nonché l'autorizzazione e l'accreditamento del Sistema e il suo mantenimento.

Le attività per raggiungere gli obiettivi di qualità devono essere pianificate e il loro esito deve essere verificato in un contesto in cui tutti i processi aziendali interagiscono efficacemente, mirando a un miglioramento continuo dei prodotti aziendali. Il miglioramento dei prodotti e dei servizi implica un miglioramento della qualità dal punto di vista del cliente.

Migliorare la qualità implica un monitoraggio costante delle performance aziendali attraverso audit che hanno l'ulteriore scopo di aumentare la sensibilizzazione dei dipendenti sull'andamento dell'azienda mediante momenti istituzionali di comunicazione dei principali indicatori di miglioramento considerati.

Migliorare il servizio comporta l'aggiornamento tecnologico, la revisione continua e la razionalizzazione delle attività aziendali secondo i principi ispiratori delle norme ISO 9001, nonché il conseguimento e il mantenimento di elevati livelli di qualità.

Il raggiungimento degli obiettivi assegnati alle macrostrutture aziendali richiede l'impegno di tutti i livelli dell'organizzazione per l'attivazione e il mantenimento degli strumenti gestiti all'interno del Sistema di Gestione per la Qualità e l'Accreditamento.

Questi strumenti includono il Riesame della direzione, processo interno della Direzione, che si allinea agli indirizzi generali e alle strategie della politica aziendale di qualità e viene concordato con le funzioni coinvolte per individuare opportunità di miglioramento.

La pubblicazione del riesame garantisce la diffusione della politica della qualità, unitamente alla diffusione del presente Piano.

1.3 Atti di programmazione generale: il P.I.A.O.

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana è organizzata secondo il modello definito ed adottato con l'Atto aziendale vigente (deliberazione del Commissario n. 1429 del 28/10/2020)

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo e gli obiettivi formativi;
- c) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse umane e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per realizzare gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e

digitale;

g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Con il PIAO s'intende assorbire molti degli atti di programmazione cui sono tenute le amministrazioni pubbliche, in particolare:

- il Piano della Performance, poiché va a definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa;
- il Piano delle Azioni Positive, ponendo obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT);
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il Piano della Formazione, poiché definiscono le strategie di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, definendo gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse umane e la valorizzazione delle risorse interne.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'Azienda ULSS7 2013-2015, approvato con DDG n. 170 del 30/01/2023 in linea con quanto previsto dalla DGR 1717 del 30.12.2022, rappresenta una sorta di "testo unico" della programmazione.

1.4 Delega di funzioni di gestione

Al fine di contribuire al processo di valorizzazione e responsabilizzazione della dirigenza, compatibilmente con quanto disposto dall'art. 4, comma 2, del D.lgs. n. 165/2001 ed in analogia a quanto indicato all'art. 15-bis, comma 1, del D.lgs. n. 502/1992, il Direttore Generale può provvedere alla delega di funzioni di gestione di sua competenza a favore dei dirigenti con incarico di natura gestionale o professionale, secondo criteri e modalità propri della disciplina di tale istituto.

In particolare, il direttore generale può, con atto scritto, delegare ai dirigenti sopraindicati, nell'ambito della materia di rispettiva competenza, le funzioni di gestione operativa con autonomia di organizzazione delle risorse umane e dei fattori produttivi e, laddove richiesti, dei correlati poteri di spesa con responsabilità personale e diretta di tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno.

Nell'ambito della potestà di delega rientra ulteriormente quanto previsto dal testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, in quanto il direttore generale può delegare ai direttori ed ai dirigenti delle strutture operative dell'azienda le funzioni di tutela della salute e sicurezza dei dipendenti, nei limiti ed alle condizioni previste dagli art. 16 e 17 del D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.

AREA 2: PRESTAZIONI E SERVIZI

2.1 Le interfacce interne ed esterne

L'Azienda realizza i propri servizi attraverso la gestione dei percorsi che l'utente segue all'interno della stessa.

In risposta ai bisogni specifici del singolo utente e ai bisogni della cittadinanza di riferimento, tali processi sono:

- Prevenzione e promozione della salute
- Educazione alla salute
- Diagnosi
- Terapia
- Assistenza
- Riabilitazione

La scelta di interpretare come processi di realizzazione del servizio la Gestione dei Percorsi che il paziente compie all'interno dell'Azienda deriva dall'accezione data alla definizione di "prodotto" in sanità, inteso come "risultato del percorso dell'utente" in riferimento ad una specifica patologia o richiesta di prestazione.

Tale interpretazione si fonda sui principi del governo clinico (principi di appropriatezza e di presa in carico globale) e sulla volontà di porre l'utente "al centro" dell'agire quotidiano e quindi della progettazione dei nostri prodotti/servizi.

Per il perseguimento della propria mission l'Ulss n. 7 Pedemontana, in qualità di Azienda territoriale, deve necessariamente interfacciarsi con una serie di interlocutori esterni (quali, ad esempio: altre Aziende Sanitarie pubbliche del territorio, strutture sanitarie private accreditate, enti locali per gli aspetti del sociale, Università, etc.) oltre che interne all'Azienda (quali le diverse articolazioni aziendali e di Staff).

Nella tabella di seguito riportata sono rappresentate le interfacce interne ed esterne e le modalità di rilevazione dei risultati per ciascuna di esse.

2.1.1 Rete Hub&Spoke

Tale interfaccia risulta particolarmente utilizzata quale strumento di dialogo ed organizzazione di servizi a tutti livelli (aziendale, interaziendale, regionale e nazionale)

2.1.2 Reti assistenziali

Nel corso degli ultimi anni per far fronte alle esigenze poste dal DM 70/2015 in ordine a standard assistenziali e volumi/esiti sono state attivate interfacce organizzative che prevedono una messa in rete di risorse cliniche tra le Aziende della Regione.

Tale inter azionalità permette una redistribuzione della casistica sulla piattaforma logistica più

appropriata rispetto al caso trattato, oltre che una garanzia di maggiore equità e standardizzazione nell'accesso alle cure.

2.1.3 PDTA

Rappresentano la principale interfaccia mediante la quale l'Azienda agisce il proprio ruolo, con garanzia dei principi di equità ed accessibilità ai servizi. Tale interfaccia promuove una risposta ai bisogni della popolazione il più possibile omogenea e coordinata, riducendo la variabilità dell'offerta tra territori e garantendo un'appropriata presa in carico, con particolare attenzione all'assistenza della persona per la cura di sé, per eventuali disabilità e il sostegno psicologico e sociale.

2.1.3.1 Focus sui PDTA

l'Azienda ha adottato i PDTA (percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) come strumento di *clinical governance* attraverso il quale ottimizzare i processi clinico-assistenziali verso la miglior appropriatezza, efficacia, efficienza, equità e nella consapevolezza della centralità del paziente, del suo bisogno di salute e delle sue attese sulla qualità dell'assistenza e del servizio erogato.

Principio ispiratore di base è la condivisione della responsabilità di introdurre il cambiamento e contribuire alla gestione delle criticità che possono emergere in corso di implementazione o monitoraggio del PDTA da parte dei tanti attori presenti nelle diverse articolazioni organizzative che vi partecipano.

La metodologia che porta alla adozione di un PDTA richiede il rispetto delle seguenti fasi:

- Identificazione della priorità e mandato della Direzione
- Costituzione del gruppo di lavoro
- Identificazione e “*critical appraisal*” delle evidenze
- Analisi del percorso attuale e perimetro del contesto
- Reingegnerizzazione del percorso
- Validazione e diffusione del percorso
- Implementazione
- Monitoraggio e audit di percorso

La priorità in merito a quale PDTA definire e realizzare nasce sia dalle indicazioni della Direzione Aziendale, sia da opportunità evidenziate dai professionisti e trasmesse nei contesti decisionali (quale ad esempio il Collegio di Direzione) per raccoglierne il mandato.

I PDTA sono oggetto di progettazione o di revisione a seguito di modifiche del contesto organizzativo e del sistema dell'offerta.

2.1.4 Accordi/Contratti di fornitura

L'Azienda garantisce la sua mission avvalendosi anche delle altre Aziende Sanitarie e strutture private accreditate presenti sul territorio di competenza, così come disciplinato da appositi accordi di fornitura/committenza.

2.2 Requisiti per i prodotti e servizi

I requisiti per i prodotti e servizi variano in base alle diverse tipologie di clienti. Vengono considerati i requisiti specifici dei singoli utenti/pazienti, quelli della comunità di riferimento e quelli degli stakeholder, in particolare le Istituzioni. Per quanto riguarda i singoli utenti/pazienti, i requisiti possono essere espliciti e vengono identificati attraverso indagini sulla qualità percepita. Queste indagini misurano il livello di soddisfazione degli utenti rispetto a aspetti specifici, come:

- Fornitura di informazioni chiare e complete
- Percezione della competenza del personale
- Tempi di risposta e attesa
- Attenzione e rispetto verso la persona
- Organizzazione dell'ospedale
- Pulizia e comfort delle strutture

Attraverso tali indagini, vengono anche valutate le aree che gli utenti considerano importanti, in termini di "aspettative". Alcune di queste aree includono:

- Servizi offerti da medici e infermieri
- Organizzazione dell'ospedale
- Servizi alberghieri

Nella definizione dei requisiti per i servizi erogati, viene data particolare attenzione ai requisiti cogenti, che devono essere obbligatoriamente soddisfatti.

2.2.1 La Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi non è solo uno strumento di comunicazione, ma rappresenta un accordo stabilito tra l'Azienda e i cittadini. Essa dichiara le garanzie e gli impegni assunti nei confronti degli utenti relativamente ai servizi offerti, all'accessibilità degli stessi e ad altre informazioni di interesse specifico per gli utenti.

L'Azienda verifica regolarmente l'effettiva applicazione degli impegni dichiarati e aggiorna i contenuti della Carta al fine di migliorare continuamente i servizi offerti.

È in corso di attuazione un progetto aziendale di revisione delle carte dei Servizi che comprende i seguenti elementi:

- Pubblicazione delle "Carte dei Servizi" su Internet e nell'intranet aziendale.
- Fogli informativi specifici per ogni reparto, gestiti dalle singole Unità Operative, disponibili su apposito menù a fianco della carta, stampabili, che forniscono ulteriori indicazioni utili per l'accesso ai servizi.
- Collocazione dei CV dei professionisti e dell'equipe assistenziale.

La stesura e l'aggiornamento delle Carte garantisce il coinvolgimento di cittadini e organizzazioni di volontariato significative per ciascun servizio.

2.2.2 Monitoraggio dei processi e dei prodotti

Il processo di monitoraggio è garantito mediante l'acquisizione di dati appropriati e indicatori

significativi a tutti i livelli dell'organizzazione aziendale. Questi indicatori sono formalizzati nella documentazione interna (come PDTA, procedure e protocolli) ed esterna (requisiti informativi e obiettivi regionali o nazionali).

Gli indicatori sono soggetti a una verifica costante, che avviene attraverso un processo di audit a più livelli:

- Un controllo continuo e sistematico all'interno di ciascuna unità organizzativa.
- Una revisione periodica a livello aziendale da parte delle diverse UUOO in Staff alla Direzione aziendale.

La registrazione dei dati riveste un ruolo fondamentale per garantire la tracciabilità delle attività svolte e la verifica dei risultati e delle attività, al fine di avviare azioni di miglioramento. Pertanto, i dipartimenti e le unità organizzative collaborano in modo continuo con le diverse Unità operative degli Staff per fornire le informazioni necessarie riguardo agli aspetti quantitativi e qualitativi delle prestazioni.

2.3 Le risorse informatiche

Sono gestite e regolate dall'Unità Operativa Risorse Informatiche in conformità con la normativa vigente e le direttive aziendali in merito all'uso corretto delle risorse informatiche.

I servizi informatici sono disciplinati da specifici regolamenti aziendali (Regolamento per l'utilizzo degli strumenti informatici; Regolamento del sito internet ULSS7 Pedemontana) pubblicati in un'apposita sezione all'interno dell'intranet.

Le risorse informatiche comprendono tutti i mezzi di comunicazione ed elaborazione elettronica, hardware, software, reti, servizi e informazioni in formato elettronico di proprietà dell'Azienda o concessi in licenza. Ciò include, ad esempio:

- Sistemi informatici utilizzati per scopi sanitari, amministrativi o tecnici, come la posta elettronica, l'accesso a Internet, i software aziendali, ecc.
- Tutti i sistemi di elaborazione elettronica delle informazioni, come server, personal computer fissi o portatili, tablet e dispositivi simili.
- Software di base e di ambiente, come sistemi operativi, software di rete, sistemi di controllo degli accessi, pacchetti software, utility e software simili.
- Software di produttività individuale, come Office, LibreOffice, ecc.
- Tutte le informazioni elettroniche registrate o conservate in file e database.
- Tutte le periferiche, come stampanti, scanner, plotter, dispositivi per l'archiviazione elettronica dei dati, supporti di memorizzazione, terminali video.
- Tutti i dispositivi di rete, come concentratori, ripetitori, modem, switch, router, gateway, firewall, apparecchiature VoIP, access point, chiavette Internet.
- Tutti i mezzi di cablaggio strutturato per reti locali, metropolitane e geografiche, come cavi in fibra e rame per dorsali e cablaggi orizzontali, permutazioni, attestazioni, patch e dispositivi simili.

Il suddetto regolamento contiene disposizioni, divieti, responsabilità, modalità di utilizzo e aspetti tecnici che devono essere rispettati da tutti gli operatori, inclusi coloro che non sono dipendenti, ma sono autorizzati all'uso delle risorse informatiche.

È importante sottolineare il principio fondamentale secondo cui i dati possono essere trattati solo per le operazioni indispensabili all'esercizio delle funzioni dei responsabili autorizzati, utilizzando le credenziali fornite dall'azienda.

2.3.1 Analisi dei dati

Per garantire il controllo sulla qualità dei servizi offerti, l'Azienda si impegna nella raccolta e nell'elaborazione dei seguenti dati:

- Qualità percepita dagli utenti: vengono raccolte informazioni sulla soddisfazione degli utenti riguardo ai servizi ricevuti.
- Segnalazioni (Reclami/Suggerimenti): vengono presi in considerazione i reclami e i suggerimenti dei clienti per migliorare i servizi.
- Indicatori di processo e di esito: vengono analizzati gli indicatori che misurano l'efficienza e i risultati dei processi aziendali.
- Attività sanitaria erogata: vengono monitorate le attività sanitarie fornite dall'Azienda.
- Valutazione dei fornitori: vengono valutati i fornitori per garantire la qualità dei servizi e delle forniture.
- Risorse assegnate: vengono considerate le risorse allocate per le attività aziendali.

Inoltre, vengono monitorati i seguenti indicatori di efficienza aziendale:

- Costo pro-capite: viene calcolato il costo medio delle risorse impiegate per soddisfare i bisogni sanitari della popolazione, considerando i livelli di assistenza e la popolazione di riferimento.
- Spesa farmaceutica: viene monitorata la spesa farmaceutica ponderata per abitante per valutare l'aderenza al piano aziendale e interaziendale di Governo del Farmaco.
- Quadro economico finanziario complessivo: viene rendicontato nel Bilancio di Esercizio annuale per fornire un quadro completo della situazione economica e finanziaria dell'Azienda.

Inoltre, oltre ai monitoraggi descritti nei PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali), l'Azienda fa uso di banche dati sia interne che esterne, come ad esempio il PNE (Piano Nazionale Esiti), come pratica consolidata.

Questi dati e informazioni rappresentano input per la revisione delle direzioni a vari livelli dell'organizzazione. I risultati derivati dall'elaborazione costituiscono la base per valutare il raggiungimento degli obiettivi pianificati e per effettuare un'autovalutazione organizzativa, al fine di definire piani di miglioramento e/o azioni correttive. Per la raccolta e l'elaborazione dei dati, vengono utilizzate tecniche statistiche adeguate al tipo di dati/informazioni raccolte.

2.4 Riesame a livello di Direzione Aziendale

Il riesame a livello di Direzione Aziendale è finalizzato alla valutazione complessiva dello stato di avanzamento del Sistema di Gestione della Qualità.

Si basa sui contributi forniti dagli attori responsabili delle funzioni o dei processi trasversali, impegnati nel monitoraggio per il raggiungimento di obiettivi che riguardano progetti di ampia portata gestionale.

L'Alta Direzione, attraverso lo staff di direzione aziendale, effettua regolarmente una verifica dello stato di avanzamento rispetto agli obiettivi definiti durante la fase di pianificazione aziendale, prendendo in considerazione i seguenti aspetti:

- Obiettivi inclusi nel processo di Budget.
- Risultati emersi da indagini sulla qualità percepita dagli utenti.
- Risultati degli audit interni, esterni e di autovalutazione relativi a situazioni aziendali e/o strategiche di rilievo.
- Analisi delle segnalazioni (reclami, rilievi, suggerimenti) dei clienti/utenti.
- Azioni identificate in seguito a riesami precedenti.
- Modifiche alla struttura organizzativa che potrebbero influire sul Sistema di Gestione Aziendale.

L'Alta Direzione ha la possibilità di coinvolgere il Collegio di Direzione Aziendale per prendere decisioni strategiche. I documenti che attestano il processo di riesame aziendale includono le verifiche trimestrali sullo stato di avanzamento degli obiettivi di budget, il Bilancio di Esercizio, il Piano della Performance.

2.4.1 Bilancio dell'azienda e accountability

Il bilancio dell'azienda sanitaria è uno strumento essenziale per la gestione finanziaria e la rendicontazione delle attività dell'organizzazione. Esso fornisce una panoramica dettagliata delle entrate, delle spese e della situazione finanziaria complessiva dell'azienda Ulss. Tuttavia, oltre all'aspetto finanziario, il bilancio svolge un ruolo cruciale nell'assicurare l'accountability dell'organizzazione verso i suoi stakeholder e la società di riferimento.

L'accountability, si riferisce all'obbligo che l'azienda sanitaria ha di essere trasparente, responsabile e responsiva nei confronti dei suoi stakeholder, inclusi i pazienti, il personale, i finanziatori, le autorità di regolamentazione e la comunità in generale. Nel contesto del bilancio, l'accountability si manifesta in diverse dimensioni:

1. **Trasparenza finanziaria:** Il bilancio fornisce una chiara e completa rappresentazione delle risorse finanziarie dell'azienda. Esso deve essere preparato seguendo standard contabili regionali e fornendo informazioni accurate e verificabili. La trasparenza finanziaria consente agli stakeholder di valutare l'utilizzo delle risorse, l'efficienza operativa e la sostenibilità finanziaria dell'organizzazione.
2. **Rendicontazione delle performance:** Il bilancio permette di valutare le performance dell'azienda sanitaria attraverso l'analisi di indicatori finanziari, quali entrate, spese, avanzo/disavanzo e flussi di cassa. Questi indicatori forniscono una misura oggettiva dell'efficacia e dell'efficienza delle attività svolte dall'organizzazione. La rendicontazione delle performance aiuta a valutare il raggiungimento degli obiettivi strategici e a identificare aree di miglioramento.
3. **Responsabilità verso gli stakeholder:** Il bilancio offre agli stakeholder una panoramica chiara della situazione finanziaria dell'azienda sanitaria, permettendo loro di comprendere come vengono gestite le risorse e quali risultati sono stati ottenuti. Ciò consente ai pazienti, al personale e ad altre parti interessate di valutare la performance dell'organizzazione e di esercitare la loro influenza sulla sua *governance* e sulle decisioni finanziarie.

4. Controllo e audit: Il bilancio dell'azienda sanitaria è soggetto a controlli interni e audit esterni per garantire l'accuratezza e l'integrità delle informazioni finanziarie. L'audit fornisce una valutazione obiettiva della conformità alle norme contabili, alla legislazione e alle politiche interne. Ciò contribuisce a rafforzare l'accountability dell'organizzazione e a garantire la fiducia degli stakeholder nelle informazioni finanziarie fornite.

2.4.2 Anticorruzione, Trasparenza e Privacy

Il D.lgs. n. 97/2016 ha unificato in capo ad una sola persona fisica l'incarico di responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza - RPCT, il quale cura l'elaborazione del piano triennale aziendale per la prevenzione della corruzione e, più in generale, l'applicazione corretta della normativa relativa al trattamento dei dati personali, pubblicità degli atti e all'accesso civico, quali regolati dal D.lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.lgs. n. 97/2016.

L'Azienda ha predisposto una modulistica apposita per l'informativa sul trattamento dei dati personali reperibile sul sito aziendale. I dati vengono raccolti e utilizzati dall'Azienda nel rispetto delle leggi e del segreto professionale e d'ufficio, esclusivamente per le seguenti finalità:

- Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, con l'obiettivo principale di tutelare la salute dell'assistito.
- Attività amministrative e contabili correlate alle suddette attività.
- Programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria.
- Certificazioni relative allo stato di salute.

In conformità al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR) 2016/679, nella Sezione “Privacy” del sito internet aziendale (<https://www.aulss7.veneto.it>) sono contenute le informazioni generali in materia di Privacy e le Informative relative ai trattamenti dei dati personali da parte dell'Azienda Ulss 7 Pedemontana, cui si rinvia per maggiori informazioni.

Il Titolare del trattamento dei dati personali (art. 4 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)) è l'Azienda ULSS 7 Pedemontana, con sede in via dei Lotti, 40 - 36061 a Bassano del Grappa (VI), che ha nominato, ai sensi dell'art. 37, par. 1, lett. a), del GDPR, il proprio Responsabile della protezione dei dati personali, contattabile al seguente indirizzo e-mail: rpd@aulss7.veneto.it.

2.5 Riesame a livello di articolazione organizzativa

Il Riesame a livello di articolazione organizzativa viene condotto considerando le specificità di ogni articolazione, ma mantenendo comunque l'allineamento con le indicazioni generali.

Sulla base dei dati forniti, la Direzione dell'articolazione organizzativa valuta le informazioni e prende in considerazione le considerazioni necessarie per migliorare l'efficacia del sistema e dei processi, nonché per migliorare i servizi offerti. In caso di necessità, potrebbe essere richiesta l'allocazione di nuove risorse.

I risultati e le considerazioni emerse dal Riesame potrebbero richiedere un confronto con il livello gerarchico superiore. Questo confronto è particolarmente importante per monitorare lo stato di avanzamento degli obiettivi assegnati attraverso la Programmazione Aziendale annuale, ma anche per affrontare altri aspetti che, per motivi di responsabilità e autorità, non possono essere gestiti all'interno dell'articolazione organizzativa.

AREA 3: ASPETTI STRUTTURALI

3.1 Ambienti, strutture ed impianti

Gli ambienti, le strutture e gli impianti in cui si svolge l'attività professionale e che sono accessibili agli utenti sono soggetti a processi autorizzativi.

La documentazione che attesta la verifica dei requisiti strutturali e gli atti autorizzativi sono conservati presso l'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali.

La realizzazione di nuovi edifici, l'ampliamento/ristrutturazione di quelli esistenti e la manutenzione degli immobili dell'Azienda sono garantiti dall'UOC predetta, anche attraverso l'utilizzo di contratti in outsourcing. Questo processo comprende:

- La programmazione degli interventi di nuove realizzazioni, ristrutturazioni e manutenzioni, nonché la definizione delle risorse economiche e umane necessarie. Questo avviene in collaborazione con la Direzione Aziendale, i Dipartimenti e l'Ufficio di Controllo di Gestione, al fine di analizzare correttamente le necessità e definire il piano degli investimenti.
- La progettazione tecnica degli interventi pianificati, utilizzando risorse interne o tramite convenzioni con professionisti esterni. Questa fase include la verifica e la validazione dei progetti per garantire la conformità alle normative vigenti, agli standard tecnici e alla pianificazione stabilita.
- La gestione degli appalti per la realizzazione delle opere, l'affidamento delle manutenzioni e l'affidamento di servizi professionali.
- La Direzione dei Lavori e il Collaudo delle opere, che coinvolge sia il personale interno sia professionisti esterni. I collaudi vengono sottoposti a verifica e approvazione da parte del UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali.
- La gestione tecnico-amministrativa e l'esecuzione delle manutenzioni per garantire l'efficienza delle strutture edilizie e degli impianti. Questa gestione comprende l'individuazione dei criteri e delle modalità per la programmazione, l'esecuzione, la registrazione e il monitoraggio degli interventi, al fine di mantenere gli edifici e gli impianti in condizioni di utilizzo funzionale e sicuro (manutenzione correttiva) e di ridurre la probabilità di guasti o degrado delle prestazioni degli impianti o delle strutture (manutenzione preventiva).

3.2 Apparecchiature biomedicali

La gestione tecnica e organizzativa delle apparecchiature biomedicali è affidata all'UOS Ingegneria Clinica che ha il compito di garantire l'uso sicuro, efficiente ed economico delle Apparecchiature Biomediche presso le strutture sanitarie dell'Azienda. Tale attività si realizza attraverso le seguenti passaggi:

- Analisi delle necessità per definire il piano annuale degli investimenti nelle apparecchiature biomedicali da presentare alla Direzione.

- Definizione delle specifiche tecniche e valutazione delle offerte, coinvolgendo le Unità Operative per garantire un'analisi accurata delle necessità e il coinvolgimento di altre Unità Organizzative trasversali per pareri specialistici (Servizio Prevenzione Protezione, ecc.).
- Esecuzione dei collaudi in fase di accettazione delle nuove apparecchiature.
- Gestione dell'inventario tecnico, inclusa l'inventariazione e la registrazione delle apparecchiature fuori uso.
- Garanzia della sicurezza mediante la pianificazione, l'esecuzione e il monitoraggio delle verifiche di sicurezza per prevenire o limitare i rischi di natura elettrica legati all'utilizzo delle apparecchiature biomediche.
- Mantenimento delle apparecchiature biomediche in condizioni efficienti attraverso una gestione tecnico-amministrativa delle attività di manutenzione correttiva e preventiva. La manutenzione correttiva prevede l'individuazione di criteri e modalità per la gestione e il monitoraggio delle riparazioni al fine di ripristinare le condizioni di funzionalità precedenti. La manutenzione preventiva prevede l'individuazione di criteri e modalità per la programmazione, l'esecuzione, la registrazione e il monitoraggio delle attività di manutenzione preventive al fine di ridurre la probabilità di guasti o degrado delle prestazioni delle apparecchiature biomediche. L'UOS Ingegneria Clinica collabora con le Unità Operative coinvolte e si avvale di fornitori esterni per eseguire verifiche periodiche di sicurezza, manutenzione correttiva e manutenzione preventiva. Questo implica un costante monitoraggio del processo in outsourcing.
- Le singole Unità Operative hanno la responsabilità di effettuare la manutenzione autonoma e segnalare situazioni di guasto o malfunzionamento, in conformità alle indicazioni fornite dall'UOS Ingegneria Clinica.
- Inoltre, è responsabilità delle Unità Operative garantire la formazione del personale sull'uso corretto e la manutenzione autonoma delle apparecchiature, avvalendosi della formazione fornita dai fornitori durante la fase di collaudo e consultando la documentazione fornita con le apparecchiature (manuali d'uso in lingua italiana).

3.3 Informatica

La gestione tecnica e organizzativa delle tecnologie informatiche e di rete è affidata all'UOSD Sistemi Informativi e si concretizza attraverso le seguenti attività:

- Programmazione delle acquisizioni previste nel budget, definizione delle specifiche tecniche e valutazione delle offerte per la costruzione e gestione del sistema informativo aziendale. Questo processo richiede un costante dialogo con le Unità Operative, il Servizio Provveditorato, al fine di analizzare accuratamente le necessità e le richieste per la definizione del budget degli investimenti.
- Pianificazione e realizzazione dei progetti relativi all'implementazione di tecnologie per la gestione delle informazioni, compresi hardware, software e reti.
- Definizione dell'architettura tecnologica e degli standard corrispondenti in conformità con le disposizioni e le raccomandazioni dell'"Autorità per l'Informatica", al fine di garantire la sicurezza dei sistemi di elaborazione dati e della rete informatica attraverso l'adozione di misure quali antivirus, firewall, router, password, ecc.

- Garanzia del mantenimento efficiente delle apparecchiature tecnologiche informatiche e di rete tramite una gestione tecnico-amministrativa delle manutenzioni correttive e preventive. La manutenzione correttiva prevede l'individuazione di criteri e modalità per eseguire e monitorare le attività di riparazione al fine di ripristinare le condizioni di funzionalità previste dal produttore. La manutenzione preventiva implica l'individuazione di criteri e modalità per la programmazione, esecuzione, registrazione e monitoraggio delle attività preventive, al fine di ridurre la probabilità di guasti o deterioramenti delle prestazioni delle tecnologie informatiche e di rete.

L' UOSD Sistemi Informativi collabora con fornitori esterni per alcune verifiche periodiche di sicurezza, la manutenzione correttiva e la manutenzione preventiva. Questo processo richiede un monitoraggio costante delle attività esternalizzate.

L' UOSD Sistemi Informativi si interfaccia regolarmente con i dipartimenti e le unità operative dell'azienda. Le modalità di richiesta dell'assistenza per le apparecchiature informatiche sono gestite tramite call center dedicato e sono rese note a tutti i dipendenti.

AREA 4: COMPETENZE DEL PERSONALE

4.1 Il PFA

La formazione rientra nelle strategie di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo che attraverso il Piano Formativo Aziendale (PFA) quale strumento fondamentale per la pianificazione, la programmazione, la realizzazione e la gestione della formazione rivolta ai professionisti dell'Azienda, si pone come ponte di congiunzione tra l'attenzione alla persona assistita e i suoi bisogni di salute e la valorizzazione delle risorse umane.

Tramite la formazione, l'Azienda incrementa le competenze degli operatori della salute contribuendo alla crescita professionale e personale dei dipendenti favorendo la fidelizzazione dei dipendenti.

Il PFA prevede tematiche di rilevanza strategica relativi alla formazione sui temi della sicurezza, gestione dello stress e benessere lavorativo, prevenzione della corruzione, obiettivi regionali e/o nazionali e corsi di sviluppo professionale richiesti dalle strutture dedicati a specifiche tematiche. L'AULSS 7 Pedemontana in qualità di Provider ECM, ovvero accreditata a fornire eventi formativi in Educazione Continua in Medicina in base alla D.G.R. n. 2215 del 20/12/2011, risponde all'obbligo di inserire nel portale regionale il Piano Formativo Aziendale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento del Piano Formativo.

Il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2023 è stato adottato con Delibera del Direttore Generale n. 2390 del 20/12/2022.

La spesa prevista per la realizzazione del PFA ammonta ad € 326.665, suddivisa negli ambiti di formazione come riportato in tabella di seguito:

PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2023

AMBITI FORMAZIONE	N. CORSI	N. EDIZIONI	SPESA PREVISTA
SICUREZZA T.U. 81	17	103	146.657,46
STRATEGICA AZIENDALE	37	151	82.708,06
TERRITORIO	13	20	9.486,30
OSPEDALE	54	124	73.383,16
ALTRE STRUTTURE	35	40	14.430,00
TOTALI	156	438	326.665,00

4.2 Competenza, consapevolezza e addestramento

La definizione delle competenze dei singoli profili professionali al momento della selezione e dell'assunzione è guidata dalle disposizioni legislative che specificano le modalità operative e i requisiti di conoscenza richiesti.

L'Azienda è consapevole dell'importanza della formazione anche dal punto di vista motivazionale, e quindi investe risorse non solo economiche nella preparazione dei propri professionisti. Questo vale sia per i nuovi assunti che devono acquisire le competenze e la cultura specifica dell'organizzazione, sia per coloro che vengono inseriti successivamente.

In particolare, ogni Direzione di dipartimento è incaricata a definire il proprio set di competenze, identificando le professionalità necessarie e stabilendo il livello di competenza che ritiene indispensabile per svolgere le attività specifiche, sulla base di un modello e format generali, previsti per le figure mediche e per quelle sanitarie, tecniche ed amministrative.

Periodicamente viene attribuito o rivalutato, in accordo con l'interessato, il grado di competenza posseduta. Il Direttore della Struttura dispone così di una visione completa dei livelli di competenza del personale e può occuparsi del loro mantenimento e sviluppo.

Anche per il personale del Comparto il processo è simile: il coordinatore è responsabile del mantenimento e dell'accrescimento delle competenze dei collaboratori, oltre che dell'inserimento dei nuovi membri. Questo avviene seguendo le indicazioni della procedura aziendale e definendo un piano di inserimento specifico per il nuovo personale.

Le modalità di individuazione delle necessità formative, l'analisi successiva e la formulazione del piano formativo da presentare nell'ambito del PFA annuale considerano sia le competenze necessarie per le attività specifiche delle diverse Unità Operative, sia le competenze espresse nelle schede personali dei dipendenti, oltre agli obiettivi strategici definiti nel processo di pianificazione degli obiettivi e nei documenti specifici.

4.3 Sviluppo professionale e valutazione delle performance

Lo sviluppo professionale e la valutazione delle performance sono processi essenziali e strettamente collegati per il miglioramento continuo e la crescita dei professionisti all'interno dell'azienda Ulss 7. Questi processi forniscono opportunità di apprendimento, identificano punti di forza e aree di miglioramento e promuovono un ambiente di lavoro basato sul merito. Di seguito sono descritte le principali considerazioni relative allo sviluppo professionale e alla valutazione delle performance nell'ambito dell'azienda Ulss 7:

1. Sviluppo professionale: Lo sviluppo professionale riguarda il miglioramento delle competenze, delle conoscenze e delle abilità dei professionisti dell'azienda sanitaria. Ciò può essere ottenuto attraverso programmi di formazione continua, partecipazione a workshop, corsi di aggiornamento, conferenze o seminari. L'azienda promuove l'apprendimento continuo fornendo risorse e supporto per lo sviluppo professionale dei suoi dipendenti.
2. Feedback e mentoring: Il feedback regolare e costruttivo è fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti. L'azienda Ulss 7 promuove una cultura del feedback aperto e trasparente, in cui i professionisti ricevano regolarmente informazioni sulle loro prestazioni,

punti di forza e aree di miglioramento. Inoltre, il mentoring può essere un prezioso strumento di sviluppo, in cui i professionisti più esperti forniscono orientamento e sostegno a quelli meno esperti.

3. Valutazione delle performance: La valutazione delle performance è un processo sistematico per valutare le prestazioni dei dipendenti in base agli obiettivi, alle competenze e alle aspettative stabilite. Questo processo avviene con valutazioni formali annuali e periodiche, in cui si valutano le competenze, i risultati ottenuti e il contributo complessivo del collaboratore. La valutazione delle performance può essere basata su indicatori chiave di prestazione, obiettivi prefissati e feedback da parte dei colleghi o dei pazienti.
4. Piani di miglioramento: Sulla base dei risultati della valutazione delle performance, possono essere sviluppati piani di miglioramento individuali per affrontare le aree di miglioramento identificate. Questi piani stabiliscono azioni correttive, obiettivi di miglioramento e supporto necessario per aiutare i professionisti a raggiungere i livelli di prestazione desiderati.

AREA 5: COMUNICAZIONE

5.1 Comunicazione Interna

L'Azienda considera la Comunicazione come una leva strategica fondamentale per migliorare la qualità dell'assistenza, l'accesso alle cure e la capacità di rispondere alle esigenze dei cittadini. A tal fine, si impegna affinché tutti gli operatori abbiano accesso alle informazioni principali necessarie per svolgere le proprie attività.

Per raggiungere questo obiettivo, viene adottata una strategia comunicativa che integra diversi strumenti di comunicazione:

1. **Sito Intranet:** attraverso questa piattaforma vengono diffuse informazioni e documenti di interesse comune a tutti gli operatori. Ad esempio, vengono condivisi il budget, lo stato di avanzamento degli obiettivi, riviste e banche dati medico-scientifiche online, eventi formativi, procedure, istruzioni operative, regolamenti e iniziative di vario genere. Il sito intranet garantisce la bidirezionalità del flusso informativo, sia per richieste di chiarimenti che per eventuali integrazioni di contenuti.
2. **Disposizioni** delle diverse articolazioni organizzative: le informazioni prodotte da ciascuna unità organizzativa vengono diffuse secondo regolamenti aziendali specifici, indirizzate agli operatori interessati.
3. **Riunioni** con gruppi di operatori: vengono effettuate riunioni specifiche con gruppi di operatori in base agli argomenti trattati, per favorire un'interazione diretta e approfondire tematiche di interesse. È fondamentale che i verbali vengano completati con una lista di distribuzione degli stessi.
4. **Videoconferenze:** vengono utilizzate per organizzare conferenze a distanza, soprattutto considerando la vastità territoriale dell'azienda.

La Direzione, in collaborazione con le Unità Operative di Staff, comunica all'interno dell'organizzazione lo stato di avanzamento dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi definiti, attraverso incontri periodici di sensibilizzazione sulle attività e sul loro miglioramento. Il Collegio di Direzione rappresenta il principale punto di comunicazione da parte della Direzione Aziendale per tali informazioni.

I Direttori dei Dipartimenti e Distretti si impegnano a diffondere le informazioni all'interno delle rispettive macrostrutture in modo capillare.

Le riunioni, i corsi di formazione, i gruppi di lavoro, gli atti di indirizzo, le procedure ed i protocolli sono considerati strumenti fondamentali di comunicazione e gestione del Sistema Qualità, ampiamente utilizzati per favorire lo scambio interprofessionale.

Per quanto riguarda le modalità di comunicazione interna nelle diverse articolazioni organizzative, si fa riferimento ai documenti specifici del Dipartimento/Distretto e dell'Unità operativa. Questi documenti forniscono indicazioni sulle procedure e gli strumenti di comunicazione utilizzati internamente in ciascuna area.

5.2 Diritti dei pazienti

I pazienti sono al centro dell'attenzione nel contesto delle cure e il rispetto dei loro diritti è fondamentale per garantire un'assistenza di qualità e centrata sul paziente. Ogni paziente ha il diritto di accedere alle cure sanitarie necessarie in modo tempestivo, equo ed efficace ed informato. Di seguito sono illustrati alcuni dei principali diritti dei pazienti:

1. **Diritto all'informazione:** I pazienti hanno il diritto di ricevere informazioni chiare, comprensibili e complete sulla propria condizione di salute, sulle opzioni di trattamento disponibili, sui rischi e benefici delle diverse terapie e sulle possibili alternative. È importante che i professionisti sanitari comunichino in modo empatico e rispettoso, favorendo la partecipazione attiva del paziente nelle decisioni relative alla propria cura.
2. **Diritto al consenso informato:** Ogni paziente ha il diritto di dare o rifiutare il consenso informato per i trattamenti medici proposti. Ciò implica che i pazienti debbano essere adeguatamente informati sui benefici, i rischi e le alternative ai trattamenti, in modo da poter prendere decisioni autonome e consapevoli sulla propria cura. Il consenso informato è basato sul principio dell'autodeterminazione del paziente e deve essere rispettato da parte dei professionisti sanitari.
3. **Diritto alla privacy e alla riservatezza:** La riservatezza e la privacy del paziente devono essere rigorosamente protette. Le informazioni personali dei pazienti devono essere trattate in modo confidenziale e accessibili solo al personale sanitario coinvolto direttamente nella loro cura. È importante adottare misure adeguate a garantire la sicurezza delle informazioni sanitarie e rispettare le leggi e le normative sulla privacy dei dati.
4. **Diritto all'accesso alle cure sanitarie:** Ogni paziente ha il diritto di accedere alle cure sanitarie necessarie in modo tempestivo, informato ed equo. L'azienda sanitaria deve adottare politiche e procedure volte a garantire l'accessibilità dei servizi, evitando discriminazioni ingiustificate e promuovendo l'uguaglianza di accesso per tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro condizione economica, sociale o di salute. È fondamentale ridurre le barriere all'accesso, come i tempi di attesa e i costi eccessivi, e garantire un'assistenza equa e di qualità per tutti i pazienti.
5. **Diritto alla partecipazione e al reclamo:** I pazienti hanno il diritto di partecipare attivamente alle decisioni sulla propria cura e di esprimere eventuali reclami o insoddisfazioni riguardo ai servizi sanitari ricevuti. L'azienda sanitaria deve promuovere un ambiente che favorisca la partecipazione

5.2.1 Gestione dei reclami e risoluzione delle controversie

La gestione efficace dei reclami e la risoluzione delle controversie sono elementi essenziali per garantire la qualità dei servizi e la soddisfazione dei pazienti. La capacità di affrontare i reclami in modo tempestivo, equo ed efficiente contribuisce a instaurare un clima di fiducia e trasparenza tra l'organizzazione sanitaria, i pazienti e la comunità. Di seguito sono illustrati alcuni aspetti chiave riguardanti la gestione dei reclami e la risoluzione delle controversie, che sono stati accolti nel recente regolamento aziendale:

1. Politiche e procedure: L'azienda sanitaria sviluppa, mediante uno specifico regolamento aziendale, le politiche e procedure chiare e accessibili per la gestione dei reclami dei pazienti. Queste politiche definiscono i canali di comunicazione per presentare un reclamo, i tempi di risposta previsti, le modalità di indagine e le azioni correttive da adottare. È importante che le procedure siano facilmente comprensibili e che i pazienti siano adeguatamente informati su come presentare un reclamo e quali aspettative possono avere.
2. Accoglienza e ascolto attivo: I pazienti che presentano un reclamo devono essere accolti in modo empatico e rispettoso. È importante creare un ambiente in cui i pazienti si sentano ascoltati e in cui le loro preoccupazioni siano prese sul serio. Il personale incaricato della gestione dei reclami deve essere adeguatamente formato per gestire in modo efficace e sensibile le situazioni delicate e affrontare le preoccupazioni dei pazienti in modo costruttivo. L'azienda Ulss 7 partecipa al corso di formazione promosso sugli Urp da Azienda Zero.
3. Indagine e risposta: Una volta ricevuto un reclamo, l'azienda avvia grazie al servizio URP un'indagine accurata e imparziale per comprendere appieno le circostanze e le questioni sollevate dal paziente. È importante raccogliere tutte le informazioni pertinenti, coinvolgere le persone coinvolte e valutare obiettivamente le prove disponibili. Sulla base dell'indagine, l'azienda fornisce una risposta adeguata, che può comprendere spiegazioni, scuse, azioni correttive o altre misure per risolvere la controversia.
4. Risoluzione alternativa delle controversie: In alcuni casi, potrebbe essere opportuno utilizzare metodi alternativi per la risoluzione delle controversie, come la mediazione o la conciliazione, specialmente nei casi più semplici. Questi approcci consentono alle parti coinvolte di raggiungere un accordo consensuale senza dover ricorrere alla segnalazione formale.
5. Apprendimento e miglioramento: Ogni reclamo rappresenta un'opportunità per l'azienda sanitaria di apprendere e migliorare i propri processi. È importante valutare sistematicamente i reclami ricevuti, individuare eventuali tendenze o problemi ricorrenti e adottare misure correttive appropriate. Questo approccio permette di identificare le aree di miglioramento e di implementare azioni preventive per evitare reclami futuri simili.

La gestione efficace dei reclami e la risoluzione delle controversie contribuiscono a creare un clima di fiducia e collaborazione tra l'azienda, i pazienti e la comunità. Una corretta gestione dei reclami non solo favorisce la soddisfazione dei pazienti, ma anche il miglioramento continuo dei servizi sanitari e l'adeguamento alle aspettative dei pazienti e della comunità.

5.2.2 Ascolto attivo (pazienti, familiari, caregiver)

L'organizzazione si impegna a fornire modalità e strumenti per ascoltare gli utenti (pazienti, familiari, *caregiver*) al fine di:

- Coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale.
- Migliorare i percorsi assistenziali.
- Migliorare il servizio basandosi sulle esperienze dei pazienti/utenti.
- Prevenire eventuali disservizi.

Già da diversi decenni, la normativa europea, nazionale e regionale, insieme ai programmi per la promozione della qualità, sottolineano l'importanza della centralità della persona, dei suoi diritti e dei suoi bisogni di salute per il miglioramento continuo della qualità e la gestione clinica. Si incoraggia l'adozione e l'utilizzo di strumenti, metodi e tecniche per progettare, valutare e migliorare la qualità delle cure, coinvolgendo i cittadini nella tutela e nel rilevamento delle loro esperienze.

AREA 6: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

6.1 Aree e strutture dedicate

Negli anni, l'Azienda ha adottato modelli organizzativi volti a implementare approcci clinico-assistenziali e organizzativi basati sulla *Evidence-Based Practice* (EBP).

L'obiettivo è stato quello di perseguire l'eccellenza clinico-organizzativa basandosi su solide evidenze scientifiche. L'approccio EBP è stato fortemente promosso sia nei processi decisionali strategici sia a livello professionale per tutte le discipline coinvolte.

La Direzione ha identificato nel corso degli anni le unità operative di staff incaricate di fornire supporto metodologico. Questo processo ha permesso di sintetizzare gli strumenti di *clinical governance* necessari per un approccio EBP nell'assistenza e nell'organizzazione dei servizi sanitari.

Il seguente elenco riporta una sintesi rappresentativa delle competenze specifiche delle strutture aziendali di staff coinvolte nelle principali aree della *clinical governance*:

STRUMENTI DI CLINICAL GOVERNANCE	UO DI STAFF DELLA DIREZIONE o ARTICOLAZIONI SPECIFICHE
Knowledge & Data Management	UOSD Risk Management; Qualità e adempimenti Legge 22, UOC Controllo di Gestione
Linee Guida e PDTA	UOSD Risk Management; Qualità e adempimenti Legge 22; Direzione Professioni Sanitarie
HTA	UOS Ingegneria Clinica;
Audit Clinico e Misurazione Performance	UOSD Risk Management; NAC
Formazione Professionale ed Accreditemento	UOSD Formazione, Qualità e adempimenti Legge 22
Ricerca e Sviluppo	UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo
Staff Management	UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo
Coinvolgimento degli Utenti	Urp, Ufficio Stampa

La programmazione sanitaria regionale (per l'anno 2023: DGR n. 1702 del 30 dicembre 2022) stabilisce obiettivi di appropriatezza attraverso il monitoraggio di indicatori target.

Da diversi anni, l'Azienda include nella sua pianificazione aziendale obiettivi di appropriatezza per le sue strutture organizzative. Inoltre, un impegno particolare è dedicato al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal DM 70/2015 e dalla DGR precitata riguardanti il rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori relativi ai volumi e agli esiti.

6.1.1 la presa in carico nel processo clinico assistenziale

Il concetto di "presa in carico" è ampiamente diffuso nell'ambito dell'assistenza sociale, ma è un concetto relativamente nuovo nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per acuti. Nel 2015, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato nuovi requisiti per l'accreditamento istituzionale dei servizi sanitari, che le Regioni stanno attualmente recependo ed applicando. Tra questi requisiti, l'adozione della modalità di presa in carico nel processo clinico assistenziale riveste un'importanza particolare.

Dal punto di vista operativo, la "presa in carico" comprende i seguenti passaggi:

1. Accoglienza: Il paziente viene accolto dal personale, di solito un infermiere, con modalità che variano in base all'organizzazione e alla struttura dell'ospedale. In questa fase, non si tratta di questioni sanitarie, ma di spiegazioni sul contesto, le regole e i luoghi.
2. Valutazione: Il paziente viene visitato attraverso un colloquio, utilizzando preferibilmente metodologie standardizzate e scale validate. Durante la fase di valutazione possono essere effettuati ulteriori approfondimenti diagnostici strumentali o richieste consulenze specialistiche.
3. Definizione degli obiettivi: Il medico definisce gli obiettivi che possono ragionevolmente essere raggiunti durante l'assistenza ospedaliera. Gli obiettivi vengono illustrati e discussi con il paziente, e per ciascun obiettivo viene definito un indicatore di riferimento.
4. Pianificazione delle attività: Il medico elabora un piano operativo per l'assistenza ospedaliera, noto come Piano Assistenziale Individuale (PAI) nell'ambito socio-sanitario. Il PAI specifica il periodo temporale dell'assistenza e prevede monitoraggi periodici. Inoltre, il PAI ipotizza una data e una modalità di dimissione, nonché eventuali passaggi assistenziali e procedure amministrative necessarie (ad esempio, fornire ausili, valutazioni multiprofessionali per l'accesso a strutture intermedie, ecc.). Il PAI viene illustrato al paziente e discusso con lui.
5. Affidamento a un case manager: Un case manager viene designato come punto di riferimento sia per il paziente che per tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza ospedaliera. Il *case manager* può essere qualsiasi operatore e non è necessariamente lo stesso per tutti i pazienti ricoverati.
6. Gestione: La gestione dell'assistenza rispetta il PAI, con eventuali adattamenti e rivalutazioni. Ogni modifica rispetto al PAI deve essere giustificata, illustrata al paziente e discussa con lui.
7. Dimissione: La dimissione fisica del paziente non conclude sempre il processo di presa in carico. Se la dimissione comporta il passaggio ad un altro servizio, è necessaria una preparazione che coinvolge una valutazione congiunta tra il servizio che dimette il paziente e quello che lo accoglie.

6.2 La valutazione e la gestione del rischio

L'Azienda ha sviluppato e implementato un processo di valutazione del rischio che presenta le seguenti caratteristiche:

- Stabilisce e mantiene criteri di rischio che includono:
 - Criteri per l'accettazione del rischio.
 - Criteri per condurre valutazione del rischio.
 - Garanzia di coerenza, validità e confrontabilità dei risultati delle valutazioni del rischio ripetute.
- Identifica i rischi attraverso le seguenti azioni:
 - Applicazione del processo di valutazione del rischio per individuare i rischi prioritari o principali e definirne il trattamento.
 - Designazione dei responsabili per la gestione dei rischi.
- Analizza i rischi relativi tramite le seguenti misure:
 - Valutazione delle possibili conseguenze che si verificherebbero se i rischi identificati si manifestassero.
 - Determinazione dei livelli di rischio associati.
- processo di trattamento del rischio che comprende le seguenti attività:
 - Selezione delle opzioni appropriate per il trattamento del rischio relativo ai processi principali, considerando i risultati della valutazione del rischio.
 - Determinazione di tutti i controlli necessari per attuare le opzioni selezionate per il trattamento del rischio relativo ai processi principali.
 - Redazione di una Dichiarazione di Applicabilità che elenca i controlli adottati.
 - Elaborazione di un piano di trattamento del rischio relativo ai processi analizzati.
 - Ottenimento dell'approvazione del piano di trattamento del rischio relativo ai processi principali e dell'accettazione dei rischi residui da parte dei responsabili dei rischi.

L'Azienda mantiene una documentazione dettagliata riguardante il processo di valutazione del rischio.

Per la valutazione e il trattamento del rischio, si fa riferimento ai seguenti documenti aziendali pubblicati nella versione aggiornata nell'intranet aziendale nelle sezioni pertinenti:

- Documento programmatico sulla sicurezza (D.lgs. 196/2003, non più obbligatorio).
- Piano triennale per la prevenzione della corruzione.
- Programma per la trasparenza e l'integrità.
- Manuale RIS PACS.

6.2.1 Sicurezza delle cure

Nell'ambito della gestione del rischio e della sicurezza delle cure, l'Azienda si pone i seguenti obiettivi:

- Adottare un approccio sistemico alla gestione della sicurezza e del rischio, promuovendo una visione unificata delle diverse dimensioni di sicurezza aziendale mediante l'integrazione dei sistemi di gestione aziendali del rischio.
- Condividere e diffondere una cultura della sicurezza e un'organizzazione che favorisca l'apprendimento, evitando approcci punitivi e coinvolgendo gli operatori attraverso la formazione su tecniche di analisi e valutazione dei processi.
- Diffondere metodologie e pratiche di buona gestione come parte di un solido governo aziendale della sicurezza.
- Favorire la conoscenza dei fenomeni rilevanti per la sicurezza.
- Intraprendere azioni per ridurre l'incidenza e la gravità di incidenti ed eventi avversi.
- Minimizzare le conseguenze economiche e la perdita di fiducia derivanti dagli incidenti.
- Gestire in modo efficace le relazioni con enti e organizzazioni esterne che interagiscono con l'azienda sanitaria nella gestione del rischio (ad esempio, INAIL, associazioni, sindacati, assicurazioni...).

AREA 7: PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE

7.1 Metodo PDCA

Nella nostra azienda, abbiamo adottato un approccio metodologico e culturale basato sul concetto di Miglioramento Continuo per fornire struttura e fondamenta al nostro Sistema di Gestione per la Qualità. Questa metodologia si integra perfettamente con le Politiche del Governo Clinico, le direttive normative nazionali e regionali sull'Accreditamento nell'ambito sanitario e i requisiti stabiliti dalla norma ISO 9001:2015. Ciò consente uno sviluppo dinamico del sistema attraverso l'applicazione del metodo PDCA (Plan, Do, Check, Act) e l'utilizzo di strumenti di individuazione e risoluzione dei problemi.

Implementazione del Miglioramento Continuo Il metodo PDCA viene utilizzato sia per affrontare questioni aziendali di grande rilevanza, come la pianificazione strategica, sia per attività di dimensioni più limitate svolte all'interno delle diverse unità organizzative, come la pianificazione operativa. Questo metodo ci consente di pianificare in modo sistematico, attuare le azioni previste, verificare i risultati ottenuti e apportare le modifiche necessarie per migliorare continuamente.

Strumenti di *problem finding* e *problem solving* vengono utilizzati per individuare e risolvere le problematiche che emergono durante l'implementazione del Sistema Qualità. Questi strumenti ci permettono di affrontare in modo efficace le sfide e di identificare soluzioni appropriate per garantire il miglioramento continuo dei nostri processi.

L'approccio del Miglioramento Continuo rappresenta la nostra filosofia aziendale e ci consente di adattarci in modo dinamico alle esigenze normative e alle aspettative degli stakeholder. Attraverso l'implementazione del metodo PDCA e l'uso di strumenti di *problem finding* e *problem solving*, lavoriamo costantemente per raggiungere i nostri obiettivi di qualità e migliorare la nostra performance complessiva.

7.2 Il piano di miglioramento della qualità per il biennio 2023 e 2024

L'Azienda Ulss n. 7 come tutte le aziende regionali, è coinvolta nel biennio 2023 e 2024 nei percorsi di rinnovo dell'Autorizzazione all'esercizio e di Accreditamento Istituzionale, secondo le modalità e le tempistiche definite da Azienda Zero.

L'azienda ha partecipato alle attività di preparazione all'accreditamento svoltesi nel 2022 ed ha riattivato la rete dei Referenti della Qualità a livello di ciascuna UOC aziendale, al fine di gestire, con la supervisione dell'Ufficio Qualità ed Adempimenti Legge 22 i relativi percorsi.

A valle dei percorsi in essere, l'Azienda riceverà dai valutatori i rapporti di verifica, che rappresenteranno per ciascun requisito valutato, un report necessario all'impostazione dei piani di lavoro in preparazione al ciclo delle successive verifiche di qualità di parte terza.

Il piano di miglioramento per il biennio consiste pertanto di due macro-obiettivi:

obiettivo	indicatore	tempi	responsabilità
Superamento della valutazione di accreditamento istituzionale e Autorizzazione all'esercizio	Ottenimento dell'accREDITamento e dell'autorizzazione da parte di Azienda Zero	Tempistica definita da azienda Zero: l'accREDITamento e la fase iniziale della valutazione per l'autorizzazione avverrà dal 14/6/2023 al 20/6/ 2023	Direzione; Ufficio Qualità e Adempimenti Legge 22; UU.OO.CC. campionate da Azienda Zero
Messa a punto e esecuzione dei Piani di Miglioramento	Valutazioni sui requisiti di AccredITamento pari a 60 o 0 e di autorizzazione con esito "NO" da riportare ad auto-valuzioni di accREDITamento pari a 100 e di autorizzazione con esito "SI"	Tempistica: biennio 2023 e 2024	Ufficio Qualità e Adempimenti Legge 22; Referenti per la qualità di UU.OO.

Il secondo obiettivo, in particolare, verrà accompagnato da un percorso di formazione aziendale sul campo, rivolto ai Referenti per la qualità, che verrà proposto per il PFA 2024, finalizzato al rinforzo delle competenze sulla conoscenza della Legge regionale 22/02 e sulla realizzazione e messa a terra di Piani di Miglioramento per la qualità.

7.3 Uso delle tecnologie sanitarie e dell'informazione

Nel contesto in continua evoluzione dell'azienda sanitaria, l'innovazione e l'utilizzo delle tecnologie sanitarie e dell'informazione rivestono un ruolo sempre più importante nel miglioramento dei servizi, nell'efficienza operativa e nell'assistenza ai pazienti. L'adozione e l'integrazione di queste tecnologie possono contribuire a trasformare radicalmente il modo in cui l'azienda sanitaria offre le cure e gestisce i processi interni. Ecco le principali tematiche d'interesse aziendale:

1. Elettronica sanitaria: L'implementazione dei sistemi di registrazione elettronica delle informazioni sanitarie consente una gestione più efficiente e sicura dei dati dei pazienti. Questi sistemi consentono l'accesso rapido e sicuro alle informazioni cliniche, la condivisione dei dati tra i membri del team sanitario e l'integrazione dei sistemi diagnostici. Ciò favorisce la continuità delle cure, riduce gli errori e migliora la comunicazione tra i professionisti sanitari. Su questo tema la cartella sanitaria elettronico e il nuovo SIO rappresentano le linee di sviluppo più interessanti per la Ulss 7.
2. Telemedicina: La telemedicina offre opportunità uniche per fornire servizi sanitari a distanza, migliorando l'accessibilità alle cure e superando le barriere geografiche. Attraverso la telemedicina, i pazienti possono consultare i medici da remoto, ricevere diagnosi e trattamenti, monitorare i loro parametri vitali e accedere a consulenze specialistiche. Questa modalità di erogazione delle cure può essere particolarmente vantaggiosa per le persone che

vivono in aree remote o che hanno limitate possibilità di spostarsi. L'azienda Ulss 7 è stata incaricata dalla Regione della promozione di un progetto pilota di telemedicina territoriale, attualmente in corso.

3. **Tecnologie di supporto alla decisione clinica:** I sistemi informativi possono integrare algoritmi e strumenti di supporto alla decisione clinica per aiutare i professionisti sanitari nella valutazione dei pazienti, nella scelta dei trattamenti e nella gestione delle terapie. Questi strumenti basati sull'evidenza scientifica forniscono informazioni aggiornate e raccomandazioni cliniche, contribuendo a migliorare la qualità delle decisioni cliniche e a ridurre il rischio di errori.
4. **Intelligenza artificiale e apprendimento automatico:** L'intelligenza artificiale (AI) e l'apprendimento automatico (machine learning) stanno trovando sempre più applicazioni nell'azienda sanitaria. Queste tecnologie possono essere utilizzate per l'analisi dei dati sanitari, l'individuazione di modelli e la predizione di risultati clinici. L'AI può supportare la diagnosi precoce, l'ottimizzazione dei processi, la personalizzazione delle cure e la gestione dei flussi di lavoro.

L'uso delle tecnologie sanitarie e dell'informazione richiede una pianificazione adeguata, un'adeguata formazione del personale e un'attenta valutazione dei rischi per garantire la sicurezza dei dati e la privacy dei pazienti. L'azienda Ulss accompagnerà questi processi di sviluppo tecnologico sviluppando politiche e procedure specifiche per l'uso delle tecnologie, garantire l'accesso equo e inclusivo a queste risorse e monitorare costantemente i risultati ottenuti.

7.3 Promozione dell'innovazione e ricerca scientifica

L'azienda Ulss 7, oltre a utilizzare le tecnologie sanitarie esistenti, ha anche il compito di promuovere l'innovazione e la ricerca scientifica nel settore sanitario. La promozione dell'innovazione consente di individuare nuove soluzioni, approcci e tecnologie per migliorare la qualità delle cure, ottimizzare i processi e rispondere alle esigenze dei pazienti. La ricerca scientifica, invece, contribuisce a generare conoscenze, evidenze scientifiche e nuove scoperte che possono guidare le decisioni cliniche, informare le politiche sanitarie e migliorare la pratica medica.

Per promuovere l'innovazione, l'azienda sanitaria adotta diverse strategie, tra cui:

1. **Collaborazioni e partenariati:** Collaborare con istituzioni accademiche, organizzazioni di ricerca e aziende del settore sanitario può favorire la condivisione delle competenze, lo scambio di idee e la collaborazione nella realizzazione di progetti innovativi. Le partnership possono coinvolgere anche altre aziende sanitarie, favorendo la condivisione delle best practice e l'apprendimento reciproco.
2. **Valutazione e adozione di tecnologie sanitarie emergenti:** L'azienda Ulss deve essere in costante monitoraggio delle nuove tecnologie sanitarie emergenti. Ciò implica valutare la loro efficacia, sicurezza, impatto economico e adattabilità alle esigenze dell'organizzazione. L'adozione di queste tecnologie può richiedere piani di investimento seguiti da piani di implementazione, formazione del personale e valutazione continua dei risultati ottenuti.

La promozione dell'innovazione e della ricerca scientifica nell'azienda sanitaria non solo

contribuisce al miglioramento delle cure e dei servizi offerti, ma stimola anche una cultura di apprendimento continuo e di adattamento alle nuove conoscenze e tecnologie. Inoltre, favorisce la collaborazione multidisciplinare, l'interazione tra professionisti sanitari e ricercatori, e crea un ambiente propizio per l'identificazione e la diffusione delle migliori pratiche nel settore sanitario.

AREA 8: UMANIZZAZIONE

Il concetto di umanizzazione, inteso come promozione di ambienti e comportamenti volti al benessere delle persone e all'eliminazione delle discriminazioni e delle barriere (fisiche, sociali e culturali) nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari, è strettamente legato al tema dell'equità nell'assistenza sanitaria ed è al centro delle politiche nazionali e regionali passate e presenti.

L'Azienda ha realizzato diverse attività legate a questo tema attraverso la partecipazione a progetti e sperimentazioni e la costituzione di appositi organismi.

8.1 Comitato Etico per la Pratica Clinica

Il Comitato Etico è un organismo indipendente, costituito da professionisti sanitari e non sanitari, che lavorano nell'Azienda ULSS 7 o al di fuori di essa, e da psicologi, assistenti sociali, filosofi, magistrati e da rappresentanti di associazioni di volontariato; è uno spazio di riflessione autonoma e interdisciplinare, che ha il compito di accompagnare, orientare, favorire percorsi comunicativi, terapeutici e socio-assistenziali il più possibile condivisi e pienamente rispettosi della dignità della persona umana.

Negli ultimi anni, ancor prima degli sconvolgimenti determinati dalla pandemia, la pratica clinica ha conosciuto profondi cambiamenti, con l'avvento di strumenti diagnostici sempre più raffinati, di molteplici possibilità terapeutiche e con la disponibilità di farmaci sempre più potenti e costosi; nello stesso tempo, sono cresciute anche la consapevolezza dell'autonomia e dei diritti del paziente, oltre alla domanda di equità nell'accesso ai servizi sanitari e nella distribuzione delle risorse. Tutto questo pone quotidianamente interrogativi eticamente importanti, volti a promuovere la massima qualità ed umanizzazione dell'assistenza e dei luoghi di cura.

In tale prospettiva, il Comitato persegue le seguenti finalità:

- dare pubblica garanzia del rispetto della vita, dal concepimento sino alla sua fine naturale, e del diritto alla salute, intesa come fondamentale diritto della persona ed interesse della collettività;
- favorire la massima umanizzazione della cura, a partire da una comunicazione trasparente e completa e dalla pianificazione condivisa delle cure;
- diffondere ad ogni livello una cultura ed una prassi centrate sulla persona, sulle sue necessità ed esigenze.

I compiti fondamentali del Comitato sono:

- l'analisi etica di casi clinici;
- lo sviluppo di raccomandazioni ed indirizzi di carattere etico, oltre alla valutazione etica di procedure operative e organizzative;
- la sensibilizzazione su temi etici degli operatori sanitari e sociali e della popolazione;
- il contributo alla riflessione sul tema dell'allocazione e dell'impiego delle risorse nel Sistema Socio-Sanitario Regionale.

8.2 Comitato Unico di Garanzia

Il comitato (CUG) è stato costituito dall'Azienda ULSS n. 7, in ottemperanza alla normativa vigente, con delibera n.1549 del 19.12.2018 e modificato nella composizione con delibera n. 382 del 13.03.2019.

Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da componenti di nomina sindacale e di un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione.

Attraverso il proprio ruolo propositivo, consultivo e di verifica, le finalità del CUG è quella di garantire nell'ambito dell'Azienda un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo, contrastare ogni forma di violenza morale o psichica, assicurare la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti, garantire pari opportunità alle lavoratrici e ai lavoratori e contrastare ogni forma di discriminazione.

8.3 Dimissione del paziente fragile

Il percorso della dimissione inizia durante la degenza ospedaliera: il personale del territorio e quello ospedaliero, valutati i bisogni socio assistenziali dell'utente, definiscono insieme anche alla famiglia il progetto assistenziale più appropriato per il paziente. La definizione del percorso prevede l'attivazione del medico di famiglia, l'attività infermieristica e sociale, la richiesta di eventuali ausili o della documentazione per la richiesta di invalidità prima della dimissione, in modo da facilitare il rientro a domicilio.

8.4 Formazione degli operatori sugli aspetti relazionali

il Piano Formativo Aziendale prevede sia per la parte di formazione generale che per quella specifica di singola articolazione aziendale numerose attività formative dedicate allo sviluppo del tema delle soft skills, centrale sia per la gestione dei processi di cura e di assistenza in team che per il miglior rapporto con l'utenza dei servizi, in condizioni di fragilità.

Di seguito un elenco dei corsi con tale tema estratti dal PFA 2022-2023

Non technical skills per la sicurezza del paziente e del professionista in area critica e area chirurgica	Processo chirurgico: non technical skills per la sicurezza del paziente e del professionista
Dinamiche di comunicazione e relazione interdisciplinari finalizzate al miglioramento della produttività assistenziale su utenti fragili.	Miglioramento della gestione delle risorse personali e di comunicazione interpersonale in ambito professionale
Generare valore nella complessità	Colloquio motivazionale - formazione avanzata: con i gruppi, con gli adolescenti e tecniche di counselling

8.5 Indagini di qualità percepita dal punto di vista del cittadino

l'Azienda aderisce ai progetti regionali PREMS e PARIS, organizzati con la collaborazione di Azienda Zero e del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. I progetti sono finalizzati alle indagini di qualità percepita dagli utenti in ambiente di ricovero

(PREMS) e nei percorsi di cura della cronicità (PARIS).

Si estendono alla adozione di misure di miglioramento implementate a seguito dei risultati delle predette indagini.

8.5.1 Ospedali bollino rosa

Sono gli ospedali che hanno ricevuto dalla Fondazione Onda un riconoscimento per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie, realizzando percorsi ottimizzati per il genere femminile.

Tutti gli ospedali dell'Ulss n. 7 sono in possesso del bollino rosa.

8.5.2 Ospedali e Territorio amici dei bambini

Le Sezioni neonatali e le UOC Ostetricia e Ginecologia degli ospedali di Bassano e Santorso hanno ottenuto la certificazione Unicef "Ospedale Amico dei Bambini".

Il territorio ha in corso l'ottenimento della certificazione Unicef come "Comunità amica dei Bambini e per l'allattamento al seno".

8.6 Indagini di qualità percepita dal punto di vista del personale dipendente

L'Azienda aderisce ai progetti regionali sull'indagine del Clima Organizzativo, organizzati con la collaborazione di Azienda Zero e del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. I progetti sono finalizzati alle indagini di qualità percepita dal personale.

Si estendono alla adozione di misure di miglioramento implementate a seguito dei risultati delle predette indagini.

ALLEGATI

ALL n. 1: TABELLA DI CORRISPONDENZA PIANO DELLA QUALITÀ E REQUISITI GENERALI DI ULSS

Requisiti Generali ULSS

Riferimenti: DGR n. 2266 del 30/12/2016

Cod.	Testo Requisito	paragrafo Piano Qualità Ulss 7
GEN.SAN. AU.AC.1	Area 1. Attuazione di un sistema di gestione delle Strutture sanitarie (1' Criterio SR) "Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un'ottica di miglioramento continuo"	AREA 1: ATTUAZIONE DEL SGQ 1.2 Mission e strategia aziendale
GEN.SAN. AU.AC.1.1	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto (Requisito 1.1 SR)	
GEN.SAN. AU.AC.1.1.1	REQUISITO 1.1.1 Presenza del Piano Strategico, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie. -	1.3 Atti di programmazione generale: il P.I.A.O.
GEN.SAN. AU.AC.1.1.2	REQUISITO 1.1.2 Presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto.-	
GEN.SAN. AU.AC.1.1.3	REQUISITO 1.1.3 presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali	
GEN.SAN. AC.1.2	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: programmi per lo sviluppo di reti assistenziali (Requisito 1.2 SR)	2.1.2 Reti assistenziali
GEN.SAN. AC.1.2.1	REQUISITO 1.2.1 realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.)	
GEN.SAN. AC.1.2.2	REQUISITO 1.2.2 realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialita', semiresidenzialita', domiciliarita') e promozione di modelli di continuita' garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuita' assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	
GEN.SAN. AC.1.2.3	REQUISITO 1.2.3 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"	
GEN.SAN. AC.1.2.4	REQUISITO 1.2.4 partecipazione a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali	2.1.1 Rete Hub&Spoke



GEN.SAN. AU.AC.1.3	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: definizione delle responsabilit� (Requisito 1.3 SR)	1.4 Delega di funzioni di gestione
GEN.SAN. AU.AC.1.3.1	REQUISITO 1.3.1 presenza nella struttura sanitaria di documenti che descrivano i processi e le relative responsabilit� clinico-organizzative, contenenti anche le indicazioni per la valutazione dei dirigenti	
GEN.SAN. AC.1.3.2	REQUISITO 1.3.2 presenza di una documentabile attivita' di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilit� e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura	
GEN.SAN. AU.AC.1.4	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: modalita' e strumenti di gestione delle informazioni (Sistemi informativi e dati) (Requisito 1.4 SR)	2.3 Le risorse informatiche
GEN.SAN. AU.1.4.1	REQUISITO 1.4.1 presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attivita' 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 integrita', nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	2.3.1 Analisi dei dati
GEN.SAN. AC.1.4.2	REQUISITO 1.4.2 presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	
GEN.SAN. AC.1.4.3	REQUISITO 1.4.3 presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie	
GEN.SAN. AU.1.4.4	REQUISITO 1.4.4 formalizzazione e messa in atto di attivita' per la valutazione della qualita' delle informazioni e dei dati in termini di affidabilit�, accuratezza e validita' sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne	
GEN.SAN. AC.1.4.5	REQUISITO 1.4.5 formalizzazione e messa in atto di attivita' per la valutazione della qualita' delle informazioni e dei dati in termini di affidabilit�, accuratezza e validita' sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne	
GEN.SAN. AU.AC.1.5	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: modalita' e strumenti di valutazione della qualita' dei servizi (Requisito 1.5 SR)	2.2 Requisiti per i prodotti e servizi
GEN.SAN. AU.AC.1.5.1	REQUISITO 1.5.1 presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma e di procedure (strumenti, modalita' e tempi per la valutazione) per la valutazione di qualita' 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)	2.2.2 Monitoraggio dei processi e dei prodotti
GEN.SAN. AU.1.5.2	REQUISITO 1.5.2 assegnazione da parte della Direzione delle responsabilit� relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi	2.4 Riesame a livello di Direzione Aziendale
GEN.SAN. AU.AC.1.5.3	REQUISITO 1.5.3 impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualita' e verifiche esterne di qualita', mortality & morbidity review	2.1.3 PDTA
GEN.SAN. AU.AC.1.5.4	REQUISITO 1.5.4 documentazione delle attivita' di valutazione.	4.3 sviluppo professionale e valutazione della performance
GEN.SAN. AU.AC.1.5.5	REQUISITO 1.5.5 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 qualita' dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza).	
GEN.SAN. AU.AC.1.5.6	REQUISITO 1.5.6 partecipazione del personale allo svolgimento delle attivita' di valutazione	
GEN.SAN. AU.AC.1.5.7	REQUISITO 1.5.7 utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance	
GEN.SAN. AC.1.6	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: modalita' di prevenzione e di gestione dei disservizi (Requisito 1.6 SR)	6.2 La valutazione e la gestione del rischio
GEN.SAN. AC.1.6.1	REQUISITO 1.6.1 procedure per la raccolta, la tracciabilit� dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento	



GEN.SAN. AC.1.6.2	REQUISITO 1.6.2 utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualita' dei processi sulla base delle criticita' riscontrate	
GEN.SAN. AC.1.6.3	REQUISITO 1.6.3 monitoraggio delle azioni di miglioramento	
GEN.SAN. AC.1.6.4	REQUISITO 1.6.4 procedura di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini	
GEN.SAN. AC.1.6.5	REQUISITO 1.6.5 attivita' di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali e' possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente) (legata alla fase di trattamento e di gestione dei disservizi)	
GEN.SAN. AU.AC.2	Area 2. Prestazioni e Servizi E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini (2' Criterio : SR)	2.2 Requisiti per i prodotti e servizi
GEN.SAN. AU.AC.2.1	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: tipologia di prestazioni e servizi erogati (Requisito 2.1 SR)	2.2.1 La Carta dei Servizi
GEN.SAN. AU.AC.2.1.1	REQUISITO 2.1.1. Vi e' la presenza nelle strutture di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa le modalita' erogative, i contenuti e la capacita' delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonche' la presenza di materiale informativo a disposizione dell'utenza.-	
GEN.SAN. AU.AC.2.1.2	REQUISITO 2.1.2 Viene effettuata una periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato.	
GEN.SAN. AU.AC.2.2	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: eleggibilita' e presa in carico dei pazienti (Requisito 2.2 SR)	6.1.1 la presa in carico nel processo clinico assistenziale
GEN.SAN. AC.2.2.1	REQUISITO 2.2.1 Sono formalizzati protocolli per l'eleggibilita' dei pazienti (da ricercare in Azienda e Dipartimento).	
GEN.SAN. AC.2.2.2	REQUISITO 2.2.2 Vi e' la 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).	
GEN.SAN. AU.AC.2.2.3	REQUISITO 2.2.3 definizione delle responsabilita' per la presa in carico/gestione dei pazienti.	
GEN.SAN. AU.2.2.4	REQUISITO 2.2.4 tracciabilita' della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compreso la riconciliazione	
GEN.SAN. AC.2.2.5	REQUISITO 2.2.5 gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura.-	
GEN.SAN. AC.2.2.5.1	Le modalita' operative e gli strumenti per il trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura:1. sono definite2. sono applicate peso acc.: 60 se presente evidenza 1, 100 se anche 2	
GEN.SAN. AC.2.2.6	REQUISITO 2.2.6 verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario.	
GEN.SAN. AU.AC.2.3	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: continuita' assistenziale (Requisito 2.3 SR).	
GEN.SAN. AC.2.3.1	REQUISITO 2.3.1 definizione delle responsabilita' per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	
GEN.SAN. AU.2.3.2	REQUISITO 2.3.2 formalizzazione e messa in atto di protocolli e linee guida per la continuita' assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up).	
GEN.SAN. AC.2.3.3	REQUISITO 2.3.3 adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuita' e coordinamento delle cure	
GEN.SAN. AU.2.3.4	REQUISITO 2.3.4 definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza	
GEN.SAN. AU.2.3.5	REQUISITO 2.3.5 adozione di modalita' strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione	
GEN.SAN. AU.2.3.6	REQUISITO 2.3.6 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	



GEN.SAN. AC.2.4	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: il monitoraggio e la valutazione (Requisito 2.4 SR)	2.2.2 Monitoraggio dei processi e dei prodotti
GEN.SAN. AC.2.4.1	REQUISITO 2.4.1 valutazione del grado di conformita' delle attivita' a protocolli e linee guida	2.1.3 PDTA 2.1.3.1 Focus sui PDTA
GEN.SAN. AC.2.4.2	REQUISITO 2.4.2 valutazione della qualita' 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.	
GEN.SAN. AC.2.4.3	REQUISITO 2.4.3 valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari	
GEN.SAN. AC.2.4.4	REQUISITO 2.4.4 evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, near miss, manifestati durante l'episodio di cura.	
GEN.SAN. AC.2.4.5	REQUISITO 2.4.5 presenza di report degli audit e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso.-	
GEN.SAN. AC.2.4.6	REQUISITO 2.4.6 esistenza e messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia	
GEN.SAN. AC.2.4.7	REQUISITO 2.4.7 identificazione degli interventi di miglioramento della qualita' dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate.	
GEN.SAN. AU.AC.2.5	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: la modalita' di gestione della documentazione sanitaria (Requisito 2.5 SR)	2.3.1 Analisi dei dati
GEN.SAN. AU.AC.2.5.1	REQUISITO 2.5.1 formalizzazione e messa in atto di un protocollo che definisca i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonche' le modalita' di controllo	
GEN.SAN. AU.2.5.2	REQUISITO 2.5.2 procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali	
GEN.SAN. AU.2.5.3	REQUISITO 2.5.3 formalizzazione e la messa in atto di una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	2.4.2 Anticorruzione, Trasparenza e Privacy
GEN.SAN. AU.2.5.4	REQUISITO 2.5.4 formalizzazione e la messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrita', nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	
GEN.SAN. AC.2.5.5	REQUISITO 2.5.5 evidenza dei risultati della valutazione della qualita' della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario	
GEN.SAN. AU.2.5.6	REQUISITO 2.5.6 predefinizione dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria	3.1 Ambienti, strutture ed impianti
GEN.SAN. AU.AC.3	Area 3. Aspetti Strutturali: "L'organizzazione cura la idoneita' all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; e' buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse" (3' Criterio)	
GEN.SAN. AU.AC.3.1	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: idoneita' all'uso delle strutture (Requisito 3.1 SR)	
GEN.SAN. AU.AC.3.1.1	REQUISITO 3.1.1 Evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneita' all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione	
GEN.SAN. AU.3.1.2	REQUISITO 3.1.2 Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture	
GEN.SAN. AU.3.1.3	REQUISITO 3.1.3 Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneita' della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, audit ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza)	
GEN.SAN. AU.AC.3.1.4	REQUISITO 3.1.4 Presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticita' individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale	
GEN.SAN. AU.AC.3.1.5	REQUISITO 3.1.5 Formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro	3.2 Apparecchiature biomedicali



GEN.SAN. AU.3.2	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: gestione e manutenzione delle attrezzature (Requisito 3.2 SR)	
GEN.SAN. AU.3.2.1	REQUISITO 3.2.1 esistenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse	
GEN.SAN. AU.3.2.2	REQUISITO 3.2.2 presenza di un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione.	
GEN.SAN. AU.3.2.3	REQUISITO 3.2.3 esistenza, formalizzazione e messa in atto di un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi	
GEN.SAN. AU.3.2.4	REQUISITO 3.2.4 documentazione dei collaudi, ispezioni e interventi di manutenzione	
GEN.SAN. AU.3.2.5	REQUISITO 3.2.5 programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore	
GEN.SAN. AU.AC.4	Area 4. Competenze del Personale : "La organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività" (Criterio 4')	4.1 Il PFA
GEN.SAN. AU.AC.4.1	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica (Requisito 4.1 SR)	
GEN.SAN. AU.4.1.1	REQUISITO 4.1.1 individuazione di un responsabile per la formazione	
GEN.SAN. AU.AC.4.1.2	REQUISITO 4.1.2 esistenza di un Piano di Formazione che preveda: definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi, programmazione delle attività formative.	
GEN.SAN. AC.4.1.3	REQUISITO 4.1.3 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;	
GEN.SAN. AC.4.1.4	REQUISITO 4.1.4 coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento.	
GEN.SAN. AC.4.1.5	REQUISITO 4.1.5 condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura	
GEN.SAN. AU.4.1.6	REQUISITO 4.1.6 verifica dei requisiti per l'accreditamento della normativa vigente della funzione di provider	
GEN.SAN. AU.AC.4.2	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: inserimento e addestramento di nuovo personale (Requisito 4.2 SR)	4.2 Competenza, consapevolezza e addestramento 4.3 Sviluppo professionale e valutazione delle performance
GEN.SAN. AU.AC.4.2.1	REQUISITO 4.2.1 messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale - neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario (valutazione iniziale per assicurarsi che la persona sia in grado di assumersi effettivamente le responsabilità legate al proprio ruolo e periodo prova che tenga conto dei tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste, lavorando sotto la stretta supervisione di un tutor).-	
GEN.SAN. AU.AC.4.2.2	REQUISITO 4.2.2 formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti	
GEN.SAN. AU.AC.4.2.3	REQUISITO 4.2.3 adozione e messa in atto di un piano di formazione strutturato sul rischio clinico ed occupazionale (inserito nella versione Stato Regioni del 19.02.2015) verso i neo assunti, entro il 1° anno	
GEN.SAN. AC.4.2.4	REQUISITO 4.2.4 valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	
GEN.SAN. AU.AC.5	AREA 5 : Comunicazione : "Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento" (Criterio 5')	5.1 Comunicazione Interna
GEN.SAN. AU.AC.5.1	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori (Requisito 5.1 SR)	



GEN.SAN. AU.AC.5.1.1	REQUISITO 5.1.1 definizione, formalizzazione ed implementazione di processi finalizzati alla circolazione delle informazioni e presenza di documentazione attestante la comunicazione della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse, diffusi a tutto il personale	
GEN.SAN. AC.5.1.2	REQUISITO 5.1.2 definizione di flussi informativi e reportistica in merito a obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente.-	
GEN.SAN. AC.5.1.3	REQUISITO 5.1.3 presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento.	
GEN.SAN. AC.5.1.4	REQUISITO 5.1.4 valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento, se necessario	
GEN.SAN. AC.5.2	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori (Requisito 5.2 SR)	
GEN.SAN. AC.5.2.1	REQUISITO 5.2.1 effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale	8.6 Indagini di qualità percepita dal punto di vista del personale dipendente
GEN.SAN. AC.5.2.2	REQUISITO 5.2.2 implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale	5.1 Comunicazione Interna
GEN.SAN. AC.5.2.3	REQUISITO 5.2.3 identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità	
GEN.SAN. AU.5.3	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver (Requisito 5.3 SR)	
GEN.SAN. AU.AC.5.3.1	REQUISITO 5.3.1 disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza.	5.2 Diritti dei pazienti
GEN.SAN. AU.5.3.2	REQUISITO 5.3.2 predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini	
GEN.SAN. AC.5.3.3	REQUISITO 5.3.3 procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver	
GEN.SAN. AC.5.3.4	REQUISITO 5.3.4 informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti	
GEN.SAN. AU.5.3.5	REQUISITO 5.3.5 informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	
GEN.SAN. AU.5.3.6	REQUISITO 5.3.6 modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche	
GEN.SAN. AU.AC.5.4	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali (Requisito 5.4 SR)	
GEN.SAN. AC.5.4.1	REQUISITO 5.4.1 presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura	
GEN.SAN. AU.5.4.2	REQUISITO 5.4.2 presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato	
GEN.SAN. AC.5.4.3	REQUISITO 5.4.3 addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento	
GEN.SAN. AC.5.4.4	REQUISITO 5.4.4 valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver e i miglioramenti degli stessi se necessario	
GEN.SAN. AU.AC.5.5	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: modalità di ascolto dei pazienti (Requisito 5.5 SR)	
GEN.SAN. AU.5.5.1	REQUISITO 5.5.1 presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti	5.2.1 Gestione dei reclami e risoluzione delle controversie
GEN.SAN. AC.5.5.2	REQUISITO 5.5.2 presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti	5.2.2 Ascolto attivo (pazienti, familiari, caregiver)



GEN.SAN. AU.5.5.3	REQUISITO 5.5.3 presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction)	8.5 Indagini di qualità percepita dal punto di vista del cittadino
GEN.SAN. AC.5.5.4	REQUISITO 5.5.4 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.-	5.2.1 Gestione dei reclami e risoluzione delle controversie
GEN.SAN. AC.5.5.5	REQUISITO 5.5.5 diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale	
GEN.SAN. AC.5.5.6	REQUISITO 5.5.6 formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti	
GEN.SAN. AU.AC.6	AREA 6. Appropriatelyzza clinica e sicurezza : "La efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati" (Criterio 6 SR)	AREA 6: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA 6.1 Aree e strutture dedicate
GEN.SAN. AU.AC.6.1	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche (Requisito 6.1 SR)	
GEN.SAN. AU.AC.6.1.1	REQUISITO 6.1.1 presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della evidence based medicine.	
GEN.SAN. AU.6.1.2	REQUISITO 6.1.2 accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida	
GEN.SAN. AU.AC.6.1.3	REQUISITO 6.1.3 aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili.	
GEN.SAN. AU.AC.6.1.4	REQUISITO 6.1.4 coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati.	
GEN.SAN. AC.6.1.5	REQUISITO 6.1.5 valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento, se necessario	
GEN.SAN. AU.6.2	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: promozione della sicurezza e gestione dei rischi (Requisito 6.2 SR)	
GEN.SAN. AU.6.2.1	REQUISITO 6.2.1 esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione	6.2.1 Sicurezza delle cure
GEN.SAN. AU.AC.6.3	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi (Requisito 6.3 SR)	
GEN.SAN. AU.AC.6.3.1	REQUISITO 6.3.1 esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella	
GEN.SAN. AU.6.3.2	REQUISITO 6.3.2 partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale	
GEN.SAN. AC.6.3.3	REQUISITO 6.3.3 identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safety walkround)	
GEN.SAN. AC.6.3.4	REQUISITO 6.3.4 presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio	
GEN.SAN. AU.6.3.5	REQUISITO 6.3.5 applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza	
GEN.SAN. AU.AC.6.3.6	REQUISITO 6.3.6 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	
GEN.SAN. AC.6.3.7	REQUISITO 6.3.7 presenza di un Piano di formazione	4.1 Il PFA
GEN.SAN. AC.6.3.8	REQUISITO 6.3.8 adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 FMEA- Failure Mode and Effect Analysis per anno)	6.2 La valutazione e la gestione del rischio
GEN.SAN. AC.6.4	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze (Requisito 6.4 SR)	



GEN.SAN. AC.6.4.1	REQUISITO 6.4.1 Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	
GEN.SAN. AC.6.4.2	REQUISITO 6.4.2 Produzione e diffusione di buone pratiche	
GEN.SAN. AC.6.4.3	REQUISITO 6.4.3 Garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali	
GEN.SAN. AC.6.4.4	REQUISITO 6.4.4 Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico	
GEN.SAN. AU.AC.7	AREA 7 : Processi di miglioramento ed innovazione Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo/professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili (Criterio 7 SR)	AREA 7: PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE 7.1 Metodo PDCA
GEN.SAN. AU.AC.7.1	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: Progetti di miglioramento (Requisito 7.1 SR)	
GEN.SAN. AU.AC.7.1.1	REQUISITO 7.1.1. Esiste ed è approvato un 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)	7.2 Il piano di miglioramento della qualità per l'anno 2023 e 2024
GEN.SAN. AC.7.2	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi (Requisito 7.2 SR)	7.3 Uso delle tecnologie sanitarie e dell'informazione
GEN.SAN. AC.7.2.1	REQUISITO 7.2.1 Sono presenti, formalizzate e messe in atto procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione	
GEN.SAN. AC.7.3	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa (Requisito 7.3 SR)	
GEN.SAN. AC.7.3.1	REQUISITO 7.3.1 E' presente, formalizzata e messa in atto una procedura per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative	7.3 Promozione dell'innovazione e ricerca scientifica
GEN.SAN. AC.7.3.2	REQUISITO 7.3.2 Il personale è coinvolto nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative	
GEN.SAN. AC.7.3.3	REQUISITO 7.3.3 E' effettuato il monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione- adozione	
GEN.SAN. AC.7.3.4	REQUISITO 7.3.4 sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca	
GEN.SAN. AU.AC.8	AREA 8. Umanizzazione: "L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture (Criterio 8 SR)	AREA 8: UMANIZZAZIONE
GEN.SAN. AU.AC.8.1	ELEMENTO DI CONNOTAZIONE DELL'AREA: programmi per l'umanizzazione delle cure (Requisito 8.1 SR)	
GEN.SAN. AC.8.1.1	REQUISITO 8.1.1 attività assistenziali-organizzative sono orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche; (es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale; percorso nascita; assistenza agli anziani; supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive; ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità; adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona).	



GEN.SAN. AC.8.1.2	REQUISITO 8.1.2 presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie") Per AC: 60 se presente evidenza 1, 100 se anche 2	8.4 Formazione degli operatori sugli aspetti relazionali
GEN.SAN. AC.8.1.3	REQUISITO 8.1.3 adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'equipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione	8.3 Dimissione del paziente fragile
GEN.SAN. AC.8.1.3.1	1. esistono modalità di lavoro, strutturate secondo le logiche multidisciplinari, quali ad esempio: - valutazione multidimensionale - cartella clinica integrata - percorsi assistenziali (PAI) - ambulatori specialistici integrati 2. presenza di procedure per la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione peso acc.: 60 se presente evidenza 1 (1 tra gli esempi), 100 se anche 2	
GEN.SAN. AU.AC.8.1.4	REQUISITO 8.1.4 presenza di procedure per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti	8.5.1 Ospedali bollino rosa 8.5.2 Ospedali e Territorio amici dei bambini