

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 70° - Numero 13

GAZZETTA  UFFICIALE  
DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 25 marzo 2016

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ  
Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,  
L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO  
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928-804 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927  
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 2 marzo 2016.

**Adeguamento della Regione siciliana a quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 e dall'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR: elenchi dei requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento. Definizione dei tempi per l'adeguamento. Percorso per l'istituzione dell'organismo tecnico accreditante.**

## DECRETI ASSESSORIALI

### ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 2 marzo 2016.

**Adeguamento della Regione siciliana a quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 e dall'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR: elenchi dei requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento. Definizione dei tempi per l'adeguamento. Percorso per l'istituzione dell'organismo tecnico accreditante.**

#### L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;  
Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del Servizio sanitario nazionale";

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimo per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

Vista la legge regionale 15 maggio 2000, n.10;

Visto il D.A. 17 giugno 2002, n. 890 "Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana" e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il D.A. 17 aprile 2003, n. 463;

Vista l'Intesa sancita nella seduta del 5 ottobre 2006 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, concernente il Patto per la salute 2006-2008 che, al punto 4.9, prevede che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia connessa all'esigenza prioritaria di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;

Vista l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, n. 243/CSR in attuazione dell'articolo 7, comma 1 del Patto per la salute 2010-2012, che prevede la stipula di un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie;

Vista l'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012, con la quale è stato approvato il documento "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'accreditamento", con cui sono state individuate alcune caratteristiche che tutte le strutture sanitarie devono possedere per l'autorizzazione/accreditamento istituzionale;

Considerato che, ai sensi dell'art. 2 dell'Intesa Stato-Regioni 20 dicembre 2009, n. 259/CSR, il Ministero della salute ha istituito il Tavolo per la revisione della normativa sull'autorizzazione /accreditamento (TRAC);

Visto il D.A. n. 1661 del 9 settembre 2013 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana parte I n. 44 del 27 settembre 2013 "Recepimento nella Regione siciliana dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento";

Visto l'intervento operativo 3.5.6.1 "Recepimento ed attuazione delle norme nazionali del sistema di accreditamento (Intesa Stato-Regioni in materia di accreditamento

delle strutture sanitarie -TRAC-" del Programma operativo di consolidamento e sviluppo 2013-2015 (POCS);

Vista l'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR, con la quale è stato adottato il cronoprogramma per l'adeguamento ai requisiti per l'accreditamento di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 gennaio 2012 e, inoltre, sono stati definiti i criteri per il funzionamento degli organismi tecnicamente accreditanti ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012;

Ritenuto necessario recepire formalmente l'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR, al fine di adeguare la normativa regionale a quanto sancito dall'Intesa stessa;

Ritenuto, altresì, necessario, ai fini di un inserimento armonico nel sistema di accreditamento della Regione siciliana, procedere al raccordo dei requisiti fissati dall'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR con i requisiti previsti dal D.A. 17 giugno 2002, n. 890, avendo riguardo alla coerenza interna del sistema di requisiti e prevedendo che siano immediatamente applicabili i requisiti già individuati dal D.A. 17 giugno 2002, n. 890 e successive modifiche ed integrazioni quali requisiti generali di accreditamento o di autorizzazione, per i quali la Regione risulta, pertanto, già adeguata;

Ritenuto, inoltre, di dover fissare i tempi di adeguamento da parte della Regione e delle strutture sanitarie ai requisiti così rideterminati, come richiesto dall'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR;

Ritenuto opportuno, al fine di facilitarne l'applicazione da parte delle strutture sanitarie e semplificare lo svolgimento delle verifiche finalizzate alla valutazione dell'adeguamento e del mantenimento dei requisiti, adottare elenchi separati in cui siano riportati, rispettivamente, i requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e i requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento;

Vista l'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 rep. Atti 13/CSR "Accordo tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013";

Visto il D.A. n. 641 del 17 aprile 2014, con il quale, tra l'altro, viene adottata la scheda progetto dal titolo "Individuazione organismo accreditante ed adeguamento del sistema di accreditamento istituzionale al documento TRAC" di cui alla linea progettuale 16.5 dell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 rep. atti 13/CSR, e viene assegnata la somma di € 1.350.000,00 per la realizzazione del Progetto;

Considerato che il Progetto 16.5 "Individuazione organismo accreditante ed adeguamento del sistema di accreditamento istituzionale al documento TRAC" ha una durata biennale;

Ritenuto, infine, che per l'istituzione dell'organismo tecnicamente accreditante e per l'adeguamento del suo funzionamento a quanto previsto dall'Allegato B della già citata Intesa Stato-Regioni n. 32/CSR del 19 febbraio 2015, si debba provvedere nell'ambito delle attività previ-

ste per l'attuazione del progetto "Individuazione organismo accreditante ed adeguamento del sistema di accreditamento istituzionale regionale al documento TRAC" di cui al D.A. n. 641 del 17 aprile 2014;

Decreta:

#### Art. 1

È recepita l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 19 febbraio 2015 (rep. n. 32/CSR), allegata al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante (Allegato 1).

#### Art. 2

I tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR, sono indicati nell'Allegato 2 al presente provvedimento "Tempi di adeguamento della Regione siciliana ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR". I tempi di adeguamento decorrono dalla data di adozione del presente provvedimento. Il tempo di adeguamento è fissato a zero per i requisiti già individuati dal D.A. 17 giugno 2002, n. 890 e successive modifiche ed integrazioni quali requisiti generali di accreditamento o di autorizzazione, per i quali la Regione risulta, quindi, già adeguata e che sono, pertanto, immediatamente applicabili alle strutture sanitarie.

#### Art. 3

Al fine di facilitare l'applicazione del presente provvedimento e semplificare lo svolgimento delle verifiche finalizzate alla valutazione del possesso e del mantenimento dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento, sono adottati i seguenti elenchi, allegati al presente provvedimento di cui fanno parte integrante, con i quali i requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR sono raccordati con i requisiti generali di cui al D.A. 17 giugno 2002, n. 890:

- Allegato 3 "Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie";

- Allegato 4A "Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)";

- Allegato 4B "Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture ambulatoriali monospecialistiche non allocate entro strutture di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno".

Gli allegati definiscono i requisiti che le strutture sanitarie devono possedere ai fini della concessione e del mantenimento, rispettivamente, dell'autorizzazione sanitaria (Allegato 3) e dell'accreditamento (Allegati 4A e 4B), fatto salvo quanto stabilito dal successivo articolo.

#### Art. 4

Sono definiti i tempi per l'adeguamento delle strutture sanitarie ai requisiti per l'autorizzazione e per l'accreditamento indicati, per ciascun requisito, negli Allegati 3, 4A e 4B al presente provvedimento. I tempi di adeguamento decorrono dalla data di adozione del presente provvedimento. Il tempo di adeguamento è fissato a zero per i requisiti già individuati dal D.A. 17 giugno 2002, n. 890 e

successive modifiche ed integrazioni quali requisiti generali di accreditamento o di autorizzazione, per i quali la Regione risulta, quindi, già adeguata e che sono, pertanto, immediatamente applicabili alle strutture sanitarie.

#### Art. 5

Restano vigenti i requisiti specifici per l'autorizzazione e l'accreditamento fissati dal D.A. 17 giugno 2002, n. 890 e successive modifiche ed integrazioni, nonché la normativa specifica di settore.

#### Art. 6

Nel contesto delle attività previste per l'attuazione del progetto "Individuazione organismo accreditante ed adeguamento del sistema di accreditamento istituzionale regionale al documento TRAC", di cui al D.A. n. 641 del 17 aprile 2014, si procederà all'istituzione dell'organismo tecnicamente accreditante previsto dall'Allegato B dell'Intesa Stato-Regioni n. 32/CSR del 19 febbraio 2015, e alla revisione del sistema di accreditamento regionale.

#### Art. 7

Le procedure attuali utilizzate per la verifica del possesso dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale restano in vigore sino alla istituzione ed alla piena operatività dell'organismo tecnicamente accreditante.

#### Art. 8

Il presente decreto sarà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per l'integrale pubblicazione in parte prima e sarà pubblicato nel sito *web* dell'Assessorato.

Palermo, 2 marzo 2016.

GUCCIARDI

#### Allegato 1

INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6,  
DELLA LEGGE 5 GIUGNO 2003, N. 131,  
TRA IL GOVERNO, LE REGIONI  
E LE PROVINCE AUTONOME  
IN MATERIA DI ADEMPIMENTI RELATIVI  
ALL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

Rep. n. 32 del 19 febbraio 2015

LA CONFERENZA PERMANENTE  
PER I RAPPORTI TRA LO STATO,  
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 19 febbraio 2015:

Visto l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, che prevede che Il Governo può promuovere la stipula, di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

Visti gli articoli 8bis, 8ter e 8quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in materia di accreditamento delle strutture sanitarie;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", pubblicato nel S.O. alla *Gazzetta Ufficiale* n. 42 del 20 febbraio 1997, che definisce le attività di valutazione e miglioramento della

qualità in termini metodologici e che prevede, tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private, che le stesse siano dotate di un insieme di attività e procedure relative alla gestione, valutazione e miglioramento della qualità;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante definizione dei livelli essenziali di assistenza, pubblicato nel S.O. alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, n. 33;

Vista l'Intesa sancita da questa Conferenza, nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. atti n. 2271), che, all'articolo 9, prevede l'istituzione presso il Ministero della salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione;

Vista l'Intesa sancita da questa Conferenza, concernente il Patto per la salute 2006-2008 nella seduta del 5 ottobre 2006 (Rep. atti n. 2648) che, al punto 4.9, prevede che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;

Vista l'Intesa sancita da questa Conferenza, concernente il nuovo Patto per la salute 2010 - 2012, nella seduta del 3 dicembre 2009 (Rep. atti n. 243/CSR) che, tra l'altro, all'art. 7, comma 1, prevede, nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica, la stipula di un'Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003 in questa Conferenza, finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento;

Visto il regolamento, recante il funzionamento del Comitato paritetico permanente per la verifica, dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, adottato da questa Conferenza nella seduta del 10 febbraio 2011 (Rep. atti n. 18/CSR), che prevede, all'articolo 1, che il Comitato svolga i compiti che gli sono stati assegnati dalle leggi vigenti, dalle Intese e Accordi stipulati nella sede della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ed ogni altro compito che si convenga di affidare allo stesso da parte del Ministro della salute;

Visto il decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38, recante attuazione della direttiva n. 2011/24/UE, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva n. 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro;

Vista l'Intesa sancita da questa Conferenza, concernente il documento "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute 2010-2012 (Intesa Rep. atti n. 2648 del 3 dicembre 2009)" sancita nella seduta del 20 dicembre 2012 (Rep. atti 259/CSR) che prevede l'istituzione di un sistema di Accreditamento uniforme nazionale;

Visto il decreto del Ministro della salute 6 febbraio 2013, con cui è stato istituito il Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di Accreditamento nazionale, per garantire un adeguato supporto alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano con la finalità dello sviluppo e dell'applicazione del sistema di accreditamento nazionale e delle buone pratiche condivise;

Vista la lettera del 13 gennaio 2015, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento della prescritta intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni, la proposta di intesa indicata in oggetto, che in data 15 gennaio 2015 è stata diramata alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

Considerato che, nel corso dell'incontro tecnico svoltosi il 27 gennaio 2015, le Regioni e le Province autonome hanno formulato una serie di richieste emendative recepite nella versione definitiva che il Ministero della salute ha inviato con lettera in data 11 febbraio 2015;

Vista la nota del 12 febbraio 2015 con la quale l'anzidetta versione definitiva è stata diramata alle Regioni e Province autonome con richiesta di assenso tecnico;

Visto l'assenso tecnico reso dalla Regione Veneto, coordinatrice della Commissione salute;

Acquisito, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta di intesa in oggetto;

Sancisce intesa

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nei termini di seguito riportati:

Considerato che

- il Tavolo di cui al decreto del Ministro della salute 6 febbraio 2013, nelle riunioni del 15 ottobre 2013 e del 16 dicembre 2013, ha condiviso e concertato con i rappresentanti delle regioni e province

autonome di Trento e di Bolzano la tempistica degli adempimenti regionali ed aziendali attuativi dell'Intesa del 20 dicembre 2012, nonché i requisiti e le modalità di funzionamento degli "organismi tecnicamente accreditanti", approvando, a tal fine, appositi documenti;

- al fine del perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i livelli essenziali di assistenza, l'accreditamento è strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione;

- il complesso sistema dell'autorizzazione/accreditamento si è sviluppato definendo percorsi normativi differenziati tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, così come rilevato dai documenti tecnici predisposti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e che si è determinata la necessità di condividere gli elementi principali del sistema nelle loro caratteristiche comuni anche in considerazione dei recenti indirizzi europei;

- con la presente Intesa si intende completare il processo di attuazione dell'articolo 7, comma 1, dell'Intesa del 3 dicembre 2009, concernente il Patto per la salute 2010-2012, che ha previsto, nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica, la stipula di un'Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003, finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento, cui ha fatto seguito l'Intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR), concernente il documento;

- "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento in attuazione dell'art. 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute 2010-2012 (Intesa Rep. atti n. 2648 del 3-12-09)";

- in particolare, con la presente Intesa si intende definire, sulla base di quanto previsto dai documenti prodotti dal citato Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, la tempistica degli adempimenti regionali ed aziendali, attuativi della richiamata Intesa del 20 dicembre 2012, concernente il disciplinare sulla revisione della normativa dell'accreditamento, nonché i requisiti e le modalità di funzionamento degli "organismi tecnicamente accreditanti";

si conviene

sul documento recante "Cronoprogramma adeguamenti della normativa delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano inerente i criteri ed i requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti. n. 259/CSR)", di cui all'Allegato A alla presente Intesa, e sul documento recante "Criteri per il funzionamento degli organismi "tecnicamente" accreditanti ai sensi della Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012", di cui all'Allegato B alla presente Intesa, nei seguenti termini:

1. le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano, in materia di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie, a recepire formalmente i contenuti della presente intesa entro il 31 ottobre 2015, nonché ad uniformarsi ai criteri così come articolati nell'allegato A della presente Intesa, secondo i tempi ivi indicati che decorreranno dal recepimento della presente Intesa;

2. al tavolo di cui al decreto del Ministro della salute 6 febbraio 2013 è demandato il monitoraggio periodico del percorso di adeguamento delle normative delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, secondo la tempistica contenuta nell'Allegato A della presente Intesa, nonché il supporto alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano nello stesso percorso di adeguamento, eventualmente anche attraverso modalità di affiancamento diretto alle regioni e province autonome che lo richiederanno;

3. le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano adeguano il funzionamento degli "Organismi regionali tecnicamente accreditanti" a quanto previsto nell'Allegato B della presente intesa, al fine di uniformare il sistema di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie a livello nazionale;

4. le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono all'istituzione dell'organismo tecnicamente accreditante di cui all'Allegato B della presente Intesa, entro il 31 ottobre 2015, ove non già istituito;

5. le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano che hanno già provveduto a quanto disposto dai precedenti commi 1 e 4, in piena coerenza con i criteri dell'Intesa del 20 dicembre 2012 Rep. atti n. 259/CSR, si impegnano a darne formale comunicazione al Ministero della salute entro il 31 ottobre 2015, anche ai fini delle disposizioni del precedente comma 2, trasmettendo gli atti regionali confermantici la presenza nel proprio sistema regionale di accreditamento dei criteri così come articolati negli allegati A e B della presente Intesa.

**Cronoprogramma adeguamenti della normativa delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano inerente i criteri ed i requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 ( Rep. atti n. 259/CSR")**

	SCORE	Tempo
Requisiti essenziali di cui all'Intesa del 20 dicembre 2012 rep. atti n. 259/CSR, di immediato possesso e/o procrastinabili a breve termine rispetto al momento del recepimento della presente Intesa	A	12 MESI
Requisiti essenziali di cui all'Intesa del 20 dicembre 2012 rep. atti n. 259/CSR, di immediato possesso e/o programmabili a medio termine, rispetto al momento del recepimento della presente Intesa	B	24 MESI

**Tempistica condivisa dal Tavolo tecnico di cui al D.M. 6 febbraio 2013**

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
<b>1° Criterio: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie</b>				
1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1	presenza del Piano strategico, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie;	A	A
	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;	A	A
	1.1.3	presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali.	A	A



Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	1.2.1	realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.)	A	B
	1.2.2	realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie;	A	B
	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";	A	B
	1.2.4	partecipazione a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.	A	B
1.3 definizione delle responsabilità	1.3.1	presenza nella struttura sanitaria di documenti che descrivano i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative, contenenti anche le indicazioni per la valutazione dei dirigenti;	A	A
	1.3.2	presenza di una documentabile un'attività di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità 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.	A	A

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
1.4 modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)	1.4.1	presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo che tengano conto anche del debito informativo verso il Ministero della salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;	A	A
	1.4.2	presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa;	A	A
	1.4.3	presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;	A	A
	1.4.4	formalizzazione e messa in atto di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.	B	B
1.5 modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	1.5.1	presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti);	A	B
	1.5.2	assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi;	A	A

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
	1.5.3	impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, <i>mortality &amp; morbidity review</i> ;	A	B
	1.5.4	documentazione delle attività di valutazione;	A	B
	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 qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza;	A	B
	1.5.6	partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione;	A	B
	1.5.7	utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance.	A	B
1.6 modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.1	procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;	A	A
	1.6.2	utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate;	A	A
	1.6.3	monitoraggio delle azioni di miglioramento;	A	A
	1.6.4	procedura di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini.	A	A

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
	1.6.5	attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente).	A	B
<b>2° Criterio: Prestazioni e Servizi</b>				
2.1 tipologia di prestazioni e di servizi erogati	2.1.1	presenza nelle strutture di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo a disposizione dell'utenza;	A	A
	2.1.2	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.	A	A
2.2 eleggibilità e presa in carico dei pazienti	2.2.1	formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti;	A	B
	2.2.2	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);	A	A
	2.2.3	definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti;	A	A
	2.2.4	tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compreso la riconciliazione;	A	A
	2.2.5	gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura;	A	A
	2.2.6	verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario.	A	B

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
2.3 continuità assistenziale	2.3.1	definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza;	A	A
	2.3.2	formalizzazione e messa in atto di protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del <i>follow up</i> );	A	A
	2.3.3	adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure;	A	A
	2.3.4	definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza;	A	A
	2.3.5	adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;	A	A
	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.	A	A
2.4 il monitoraggio e la valutazione	2.4.1	valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida;	A	B
	2.4.2	valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite audit clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;	A	B
	2.4.3	valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari;	B	B

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
	2.4.4	evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura;	A	A
	2.4.5	presenza di report degli audit e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;	A	B
	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;	B	B
	2.4.7	identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate.	B	B
2.5 La modalità di gestione della documentazione sanitaria	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 nonché le modalità di controllo;	A	A
	2.5.2	procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie ( <i>transition</i> ) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali;	A	A
	2.5.3	formalizzazione e la messa in atto di una politica per la <i>privacy</i> e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;	A	A
	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 integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;	A	A

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
	2.5.5	evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario.	A	A
	2.5.6	predefinizione dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria	A	A
<b>3° Criterio: Aspetti Strutturali</b>				
3.1 l'idoneità all'uso delle strutture	3.1.1	Evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;	A	B
	3.1.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture;	A	B
	3.1.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, <i>audit</i> ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza);	A	B
	3.1.4	Presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale;	A	B
	3.1.5	Formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.	A	B
3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature	3.2.1	esistenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse;	A	A

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
	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;	A	A
	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;	A	A
	3.2.4	documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione;	A	A
	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.	A	A
<b>4° Criterio: Competenze del personale</b>				
4.1 la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.1	Individuazione di un responsabile per la formazione;	A	A
	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;	A	A
	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;	B	B

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
	4.1.4	Coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento;	A	A
	4.1.5	Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura;	A	A
	4.1.6	Verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider.	A	A
4.2 inserimento e addestramento di nuovo personale	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;	A	A
	4.2.2	Formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti;	A	A
	4.2.3	Adozione e messa in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale verso i neo assunti, entro il 1° anno;	A	A
	4.2.4	Valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario.	A/B	B
<b>5° Criterio: Comunicazione</b>				
5.1 modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori	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;	A	A
	5.1.2	Definizione di flussi informativi e reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente;	A	A

<b>Requisito</b>		<b>Evidenze</b>	<b>Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome</b>	<b>Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie</b>
	5.1.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento;	A	A
	5.1.4	Valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario	A	A
5.2 modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo / soddisfazione degli operatori	5.2.1	Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale;	A	B
	5.2.2	Implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale;	A	B
	5.2.3	Identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità.	A	B
5.3 modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	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;	A	A
	5.3.2	Predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini;	A	A
	5.3.3	Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver;	A	A
	5.3.4	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti;	A	A
	5.3.5	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;	A	A
	5.3.6	Modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche.	A	A

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
5.4 coinvolgimento dei pazienti, dei suoi famigliari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	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;	A	A
	5.4.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato;	A	A
	5.4.3	Addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento;	B	B
	5.4.4	Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver ed i miglioramenti degli stessi se necessario.	B	B
5.5 modalità di ascolto dei pazienti	5.5.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti;	A	A
	5.5.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti;	A	A
	5.5.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di <i>ustode satisfaction</i> );	A	A
	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;	A	A
	5.5.5	Diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale;	A	A

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
	5.5.6	Formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti.	B	B
<b>6° Criterio: Appropriately clinica e sicurezza.</b>				
6.1 approccio alla pratica clinica secondo evidenze	6.1.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della <i>evidence based medicine</i> ;	A	A
	6.1.2	Accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;	A	A
	6.1.3	Aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;	A	A
	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;	A	A
	6.1.5	Valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario.	A	B
6.2 promozione della sicurezza e gestione dei rischi	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 contenga ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione	A	A
6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di	6.3.1	Esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella;	A	A

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
gestione degli eventi avversi	6.3.2	Partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;	A	A
	6.3.3	Identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura ( <i>Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit</i> ) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza ( <i>Safety walkround</i> );	A	A
	6.3.4	Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;	A	A
	6.3.5	Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>check-list ed altri strumenti per la sicurezza</i> ;	A	A
	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;	A	A
	6.3.7	Presenza di un Piano di formazione;	A	A
	6.3.8	Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 FMEA- Failure Mode and Effect Analysis per anno);	A	B
6.4 strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze	6.4.1	Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;	B	B
	6.4.2	Produzione e diffusione di buone pratiche;	A	A
	6.4.3	Garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali;	A	A
	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.	B	B
<b>7° Criterio: Processi di miglioramento ed innovazione</b>				

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
7.1 Progetti di miglioramento	7.1.1	Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare.).	A	A
7.2 Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi	7.2.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione.	A	B
7.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico – professionale e organizzativa	7.3.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative;	A	B
	7.3.2	Coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative;	A	B
	7.3.3	Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione;	B	B
	7.3.4	Sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca	B	B
<b>8° Criterio: Umanizzazione</b>				

Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
8.1 programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.1	Attività assistenziali-organizzative 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: <i>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.</i> )	A	B
	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");	B	B
	8.1.3	Adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione;	B	B

<b>Requisito</b>		<b>Evidenze</b>	<b>Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome</b>	<b>Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie</b>
	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;	A	A

**Allegato sub B**

**CRITERI PER IL FUNZIONAMENTO  
DEGLI ORGANISMI "TECNICAMENTE" ACCREDITANTI  
AI SENSI DELL'INTESA STATO-REGIONI  
DEL 20 DICEMBRE 2012**

**1. Premessa**

L'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, come configurato dalla normativa nazionale, rappresenta un qualificato strumento di selezione dei soggetti erogatori di servizi e/o prestazioni, caratterizzato dalla necessaria corrispondenza ad una serie di requisiti tecnici che sono direttamente correlati ai livelli di qualità attesi, nonché dalla temporaneità del riconoscimento di adeguatezza agli stessi, che richiede un sistema strutturato di verifiche e di controlli periodici.

L'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 individua, quale elemento cruciale per garantire la perfetta trasparenza del sistema di accreditamento nazionale, una volta stabilito il "contenuto" del sistema stesso, la definizione delle modalità di verifica che devono essere adottate da tutte le Regioni e Province autonome per garantire che effettivamente i requisiti siano posseduti dalle organizzazioni sanitarie e indica criteri comuni per le Regioni e le Province autonome circa l'individuazione ed il funzionamento dell'organismo deputato alle verifiche, definito come Organismo tecnicamente accreditante.

L'elaborazione di criteri per il funzionamento degli "organismi tecnicamente accreditanti" ha richiesto un'attenta analisi delle procedure adottate nelle diverse Regioni e Province autonome e degli "organismi accreditanti" già operanti nei diversi contesti.

A partire dalla periodica ricognizione delle norme regionali sullo stato di attuazione del percorso di accreditamento istituzionale curata periodicamente dall'Agenas, è stato effettuato un focus sulla composizione, i compiti e le funzioni degli "organismi tecnicamente accreditanti" regionali, intesi come strutture a cui spetta il compito, nell'ambito del processo di accreditamento, della gestione delle verifiche, nonché dell'effettuazione della valutazione tecnica necessaria ai fini del rilascio del provvedimento di accreditamento.

Lo studio ha riguardato le normative disciplinanti gli "organismi accreditanti" di 15 regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Veneto, Molise, Liguria, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lombardia, Marche, Sardegna e Umbria).

Per ciascuna regione, sono stati approfonditi i seguenti aspetti:

- Norme
- Ente/organo accreditante
- Funzioni e compiti.

Nella maggior parte dei contesti esaminati (6 regioni), la gestione del sistema di verifica è affidata alla competente struttura del Dipartimento regionale, in altri (4 regioni), la responsabilità di governo di tale sistema è attribuita ad organismi costituiti ad hoc, composti anche da rappresentanti regionali, in 4 regioni il sistema delle verifiche è gestito dalle Agenzie regionali, mentre in una Regione è attribuito alle Aziende sanitarie locali.

I modelli di riferimento delle regioni, sono soggetti ad una discreta variabilità organizzativa, tuttavia in quasi tutte è riconoscibile la volontà legislativa di individuare un soggetto deputato ad una valutazione di conformità ai requisiti di accreditamento il più possibile autonoma rispetto a chi "commissiona" la verifica stessa.

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992"), attribuisce alle regioni il compito di rilasciare il provvedimento di accreditamento e prevede l'accettazione, da parte di ogni struttura, del "sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8 octies" (art. 8 quater). La Regione o Provincia autonoma attua la programmazione delle verifiche per le strutture con una periodicità che effettivamente garantisca il permanere dei requisiti stessi e l'adeguamento alle innovazioni scientifiche e tecnologiche che verranno ad essere considerate necessarie.

Nell'ambito della competenza attribuita alle Regioni e Province autonome, ai sensi dell'art. 117 della Costituzione e dell'art. 8 quater, comma 1, del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. in merito al rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale, le stesse identificano gli organismi accreditanti e le modalità e i tempi di attuazione delle verifiche.

**2. Organismo tecnicamente accreditante**

L'Intesa del 20 dicembre 2012 identifica l'organismo tecnicamente accreditante come la struttura a cui spetta il compito, nell'ambito del processo di accreditamento, di effettuare la valutazione tecnica necessaria ai fini dell'accREDITAMENTO, fermo restando che l'organismo deputato a concedere l'accREDITAMENTO è la Regione o

Provincia autonoma, in capo alla quale ricade la facoltà di accreditare o meno la struttura richiedente.

La verifica esterna è quindi fondamentale; le procedure di verifica debbono, analogamente ai contenuti, rispondere a requisiti essenziali e deve essere garantita la loro effettiva esecuzione da parte di un predefinito organismo con modalità di lavoro predeterminate.

In aderenza con le disposizioni e l'impostazione generale della Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, l'individuazione degli organismi tecnicamente accreditanti da parte della Regione e Province autonome deve rispondere alla necessità di:

- assicurare una omogeneità di valutazione su tutto il territorio nazionale;
- garantire precise e uniformi caratteristiche per ogni Regione e Provincia autonoma di appartenenza;
- garantire la trasparenza nella gestione delle attività e l'autonomia dell'organismo stesso nello svolgimento delle proprie funzioni, rispetto sia alle strutture valutate, sia alla autorità regionale che concede l'accREDITAMENTO.

Il concetto di autonomia applicato all'organismo tecnicamente accreditante è fondamentale per formulare il proprio giudizio tecnico, in particolare tale autonomia deve intendersi quale espletamento delle proprie funzioni senza condizionamenti esterni e in assenza di conflitto di interessi.

Il giudizio tecnico di accreditabilità riguarderà sia le strutture private che intendono mettersi a disposizione del SSN, sia le strutture facenti capo direttamente alla pubblica amministrazione.

Alla luce di ciò, è indispensabile che l'organismo tecnicamente accreditante sia "terzo" ed operi nel rispetto del principio di imparzialità e trasparenza, secondo quanto previsto dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 2 luglio 2002 che regola l'attività ispettiva e dal decreto legislativo n. 33 del 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Il giudizio tecnico di accreditabilità sarà valutato dall'ente Regione che dovrà attenersi o, in caso di dissenso, dovrà fornire una adeguata motivazione per la difformità nell'adozione del provvedimento amministrativo finale.

Infatti, l'autorità regionale ha in carico la decisione di accreditare la struttura oggetto di verifica, anche indipendentemente dalla valutazione tecnica, previa necessità di motivare compiutamente, assicurando al contempo ampia trasparenza delle valutazioni sia dell'organismo tecnicamente accreditante che dell'organo amministrativamente ed istituzionalmente accreditante (Regione o Provincia autonoma).

**3. Il processo di accreditamento**

Il processo di accreditamento è composto da una serie di azioni che, partendo dalla domanda del soggetto interessato, portano all'atto finale di riconoscimento dello status di soggetto accreditato.

Il processo globale si può sinteticamente scomporre nelle seguenti tre fasi:

- 1) Istruttoria amministrativa
  - verifica della completezza della domanda
  - verifica della compatibilità con la programmazione regionale
  - verifica della rispondenza ai requisiti soggettivi
  - verifica del possesso della/e autorizzazione/i
- 2) Istruttoria tecnica
  - verifica del possesso dei requisiti di accreditamento
- 3) Conclusione
  - adozione del provvedimento conclusivo di accreditamento/diniego, a carico dell'ente Regione o Provincia autonoma.

La fase del processo che deve essere affidata all'organismo tecnicamente accreditante è quella dell'istruttoria tecnica che comprende la verifica del possesso dei requisiti di accreditamento.

Per garantire la corretta attuazione di questa fase, l'organismo tecnicamente accreditante, come previsto al punto 4 (Verifiche: modalità, strumenti e responsabilità) del disciplinare allegato all'Intesa 20 dicembre 2012, deve:

- stabilire la propria politica (mission e vision);
- individuare in maniera esplicita le relazioni istituzionali (ad esempio con i diversi Uffici interessati in ambito regionale e aziendale);
- definire la propria organizzazione interna, che comprenda l'identificazione e la gestione delle risorse umane coinvolte;
- definire la pianificazione, effettuazione e valutazione delle proprie attività, anche al fine del loro miglioramento;
- definire adeguate forme di partecipazione dei cittadini;
- mantenere le relazioni con i portatori di interesse;
- definire le procedure con le quali, sceglie, forma, addestra, aggiorna e gestisce i valutatori per l'accREDITAMENTO;
- assicurare che siano adottate le procedure di verifica esplicitamente definite e che siano applicati i requisiti definiti a livello regionale.

#### 4. Organizzazione dell'Organismo tecnicamente accreditante

Dal punto di vista della organizzazione interna e della evidenza/trasparenza delle attività dell'organismo accreditante, è necessario che l'organismo formalizzi ed espliciti le modalità realizzative delle attività di pertinenza. Fermo restando l'aderenza alla normativa nazionale in materia, è opportuno fare riferimento a norme internazionali quali la norma UNI EN ISO 19011 "Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o gestione ambientale", che definisce linee guida sui principi delle attività di audit, in particolare sulla gestione, conduzione degli audit e sulla competenza degli auditor; nonché a documenti internazionali, quale il manuale "International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation Organisations" dell'International Society for Quality in Healthcare (ISQUA) (<http://www.isqua.org/docs/iapdocuments/isqua-international-accreditation-standards-for-healthcare-external-evaluations-3rd-edition.pdf?sfvrsn=0>).

Il manuale stabilisce dei criteri per il funzionamento degli organismi accreditanti, raggruppati in otto aree specifiche:

1. Governo dell'organismo accreditante
2. Direzione strategica, operativa ed economico-finanziaria
3. Gestione del rischio e miglioramento delle performance
4. Gestione delle risorse umane
5. Gestione delle informazioni

6. Gestione dei valutatori
7. Gestione delle verifiche
8. Processo di accreditamento.

Si sottolinea che il documento ISQUA, seppure indirizzato ad organizzazioni o "organismi accreditanti" esterni alle istituzioni e quindi concernente soprattutto l'ambito della certificazione e dell'accREDITAMENTO professionale, può rappresentare un utile riferimento per gli organismi accreditanti delle Regioni e Province autonome, applicabile in relazione alla propria peculiare posizione ed organizzazione.

#### 5. Valutazione e verifiche

Come previsto al punto 5 (modalità di coordinamento) del disciplinare allegato all'intesa 20 dicembre 2012, la valutazione sulla correttezza della definizione dell'organismo accreditante, della congruità delle sue regole e della loro concreta applicazione operativa sarà garantita dagli audit che verranno implementati dal Tavolo nazionale presso gli organismi tecnicamente accreditanti regionali, attraverso i quali verrà data conferma della validità del sistema italiano di AccredITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie.

Dal confronto tra le strutture e dai risultati degli audit, il Tavolo potrà fornire raccomandazioni per un modello che dovrà sempre più tendere alla maggiore omogeneità di valutazione sull'intero territorio nazionale.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE  
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
01. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	01.01.01	Presenza del Piano strategico Aziendale che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie.	0
	01.01.02	Presenza del Piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto	0
	01.01.03	Presenza di procedure ed indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali	0
02. Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	01.02.01	Realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto).	12
	01.02.02	Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarietà) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti, anche in collegamento con le strutture socio sanitarie	12
	01.02.03	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"	12
	01.02.04	Partecipazione a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.	12
03. Definizione delle responsabilità	01.03.01	Presenza nella struttura di documenti che descrivano i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative e le indicazioni per la valutazione dei dirigenti	0
	01.03.02	Presenza di una documentabile attività di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità 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.	12

COPIA TI  
NON V'

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
04. Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	01.04.01	Presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo che tengano conto anche del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia.	0
	01.04.02	Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	12
	01.04.03	Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie	12
	01.04.04	Formalizzazione e messa in atto di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.	0
05. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	01.05.01	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti).	0
	01.05.02	Assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi	0
	01.05.03	Impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, <i>mortality &amp; morbidity review</i> .	0
	01.05.04	Documentazione delle attività di valutazione	0
	01.05.05	Esistenza di procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es. diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza).	12
	01.05.06	Partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione	0
	01.05.07	Utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance	0

COPIA  
NON

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
06. Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi	01.06.01	Procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento	12
	01.06.02	Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	12
	01.06.03	Monitoraggio delle azioni di miglioramento	12
	01.06.04	Procedura di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini	12
	01.06.05	Attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad. es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente)	12

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE  
NON VALIDA PER LA COMUNICAZIONE

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 2 – Prestazioni e servizi			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
1. Tipologia delle prestazioni e de servizi erogati	02.01.01	Presenza nelle strutture di una Carta dei Servizi, che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo a disposizione dell'utenza	0
	02.01.02	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	0
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	02.02.01	Formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti	12
	02.02.02	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)	0
	02.02.03	Definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti	12
	02.02.04	Tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria compresa la riconciliazione	12
	02.02.05	Gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura	12
	02.02.06	Verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e delle procedure da parte del personale e il loro miglioramento, se necessario.	12

COPIA TRATTA  
NON VALIDA

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 2 – Prestazioni e servizi			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
3.Continuità assistenziale	2:03:01	Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	12
	2:03:02	Formalizzazione e messa in atto protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del <i>follow up</i> )	0
	2:03:03	Adozione, da parte dell'organizzazione, di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure	0
	2:03:04	Definizione de collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza	0
	2:03:05	Adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione	0
	2:03:06	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	12

COPIA TRATTA DA  
NON VALIDA PER

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 2 – Prestazioni e servizi			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
4.Monitoraggio e valutazione	2:04:01	Valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida	12
	2:04:02	Valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite <i>audit</i> clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso	12
	2:04:03	Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari	24
	2:04:04	Evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura	0
	2:04:05	Presenza di <i>report</i> degli <i>audit</i> e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato all'implementazione del percorso di cura.	12
	2:04:06	Esistenza e messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina generale e dei Pediatri di famiglia	24
	2:04:07	Identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	24
5.La modalità di gestione della documentazione sanitaria	2:05:01	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 nonché le modalità di controllo.	0
	2:05:02	Procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie ( <i>transition</i> ) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali	12

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 2 – Prestazioni e servizi			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
5.La modalità di gestione della documentazione sanitaria	2:05:03	Formalizzazione e messa in atto di una politica per la <i>privacy</i> e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto ed in ottemperanza alla legislazione ed alla normativa vigente in materia.	0
	2:05:04	Formalizzazione e messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto ed in ottemperanza alla legislazione ed alla normativa vigente in materia.	0
	2:05:05	Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario	12
	2:05:06	Predefinitone dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria	0

COPIA TRATTATA DA  
NON VALIDA PER

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 3: Aspetti strutturali			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
1. Idoneità all'uso delle strutture	3:01:01	Evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti	12
	3:01:02	Presenza formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture	12
	3:01:03	Presenza formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, <i>audit</i> ed incontri periodici relativi all'identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza)	12
	3:01:04	Presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale	12
	3:01:05	Formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro	12
2. Gestione e manutenzione delle attrezzature	3:02:01	Esistenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse	0
	3:02:02	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	0
	3:02:03	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.	0
	3:02:04	Documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione	0
	3:02:05	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	12

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 4: Competenze del Personale			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
1. Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	4:01:01	Individuazione di un responsabile per la formazione	0
	4:01:02	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.	0
	4:01:03	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	0
	4:01:04	Coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento	12
	4:01:05	Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura	12
	4:01:06	Verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento della normativa vigente della funzione di provider	12
2. Inserimento e addestramento di nuovo personale	4:02:01	Messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale-neoassunto/trasferito compreso il personale volontario.	0
	4:02:02	Formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti	12
	4:02:03	Adozione e messa in atto di un piano di formazione strutturato sul rischio clinico ed occupazionale verso i neo assunti, entro il 1° anno	12
	4:02:04	Valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	24

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 5: Comunicazione			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
1. Modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori	5:01:01	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	12
	5:01:02	Definizione di flussi informativi e reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alle performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente	12
	5:01:03	Presenza, formalizzazione emessa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento	12
	5:01:04	Valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario.	12
2.Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori	5:02:01	Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale	0
	5:02:02	Implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale	12
	5:02:03	Identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità	12

COPIA TRATTATA  
NON VALIDA

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 5: Comunicazione			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
3.Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai <i>caregiver</i>	5:03:01	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	0
	5:03:02	Predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini	0
	5:03:03	Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e <i>caregiver</i>	
	5:03:04	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti	0
	5:03:05	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	12
	5:03:06	Modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche	12
4.Coinvolgimento dei pazienti dei suoi familiari e dei <i>caregiver</i> nelle scelte clinico-assistenziali	5:04:01	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	12
	5:04:02	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato	0
	5:04:03	Addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento	0
	5:04:04	Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e <i>caregiver</i> ed i miglioramenti degli stessi se necessario	24

COPIA TRATTA  
NON VALIDA

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 5: Comunicazione			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
5.Modalità di ascolto dei pazienti	5:05:01	Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti	0
	5:05:02	Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti	12
	5:05:03	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di <i>customer satisfaction</i> )	0
	5:05:04	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	0
	5:05:05	Diffusione dei risultati delle indagini di <i>customer satisfaction</i> e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale	12
	5:05:06	Formazione del personale di contatto con il pubblico includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti	24

COPIA TRATTA DAL SITC  
NON VALIDA PER LA C

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
1.Approccio alla pratica clinica secondo evidenze	6:01:01	Presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della <i>evidence based medicine</i>	0
	6:01:02	Accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni, protocolli e linee guida	0
	6:01:03	Aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili	0
	6:01:04	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	0
	6:01:05	Valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario	0
2.Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	6:02:01	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	12

COPIA TRATTA  
NON VALIDA

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
3.Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6:03:01	Esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di <i>near miss</i> , e venti avversi ed eventi sentinella	0
	6:03:02	Partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale	12
	6:03:03	Identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura ( <i>Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit</i> ) e di azioni sistematiche di verifica della sicurezza ( <i>Safety walkround</i> )	12
	6:03:04	Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio	12
	6:03:05	Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>check-list</i> , ed altri strumenti per la sicurezza	12
	6:03:06	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	12
	6:03:07	Presenza di un piano di formazione	12
	6:03:08	Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 FMEA – <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> per anno)	12
4.Strategie sistematiche di comunicazione formazione e sviluppo di competenze	6:04:01	Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	24
	6:04:02	Produzione e diffusione di buone pratiche	0
	6:04:03	Garanzia di competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali	12
	6:04:04	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	24

COPIA  
NON

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 7 - Processi di miglioramento ed innovazione			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
1. Progetti di miglioramento	7:01:01	Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli, e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo degli 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)	0
2. Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi	7:02:01	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione.	12
3. Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa	7:03:01	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative	12
	7:03:02	Coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative	12
	7:03:03	Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso delle innovazione-valutazione-adozione	24
	7:03:04	Sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca.	24

COPIA TRATTATA  
NON VALIDA

Tempi di adeguamento della Regione ai requisiti di cui all'Allegato A all'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR			
Criterio 8 - Umanizzazione			
Requisiti	Codice	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte della REGIONE (mesi)
1. Programmi per l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8:01:01	Attività assistenziali-organizzative siano all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere ed a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche; (es. <i>bambino in ospedale, in assistenza domiciliare 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 a ritmi fisiologici della persona</i> ).	12
	8:01:02	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 <i>counselling</i> (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie").	24
	8:01:03	Adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'èquipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione	24
	8:01:04	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	12

COPIA TRAM  
NON VALI

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie			
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
01. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	3A.01.01.01	La Direzione aziendale per le strutture pubbliche o l'organo preposto alla direzione delle strutture private, provvede alla definizione delle politiche complessive dell'azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare in osservanza della programmazione e degli atti di indirizzo e coordinamento regionali.	0
	3A.01.01.02	La direzione aziendale esplicita ai presidi, alle unità operative ed alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi.	0
	3A.01.01.03	E' adottato un documento in cui sono esplicitati: la missione, e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira.	0
	3A.01.01.04	E' adottato un Piano strategico aziendale in cui sono definite le strategie complessive, e cioè l'indirizzo dato dalla direzione, che consiste nel definire i campi prioritari di azione, gli obiettivi finali, gli obiettivi intermedi, i relativi indicatori e quali metodi adottare per raggiungere detti obiettivi. Gli obiettivi inoltre: devono essere articolati nel tempo; devono risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati; devono essere basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie.	0
	3A.01.01.05	E' adottato il Piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto	0
	3A.01.01.06	La direzione aziendale definisce il fabbisogno di personale in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale; per posizione funzionale; per qualifica; in rapporto ai volumi e alle tipologie delle attività; in rapporto alla organizzazione dei singoli presidi, in maniera tale da garantire il corretto svolgimento delle attività.	0
	3A.01.01.07	La Direzione aziendale definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche, generali e per singolo presidio, articolate per attività ambulatoriali ed attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti).	0

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie

**Critero 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie**

<b>Area</b>	<b>Codice</b>	<b>Requisiti</b>	<b>Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)</b>
01. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	3A.01.01.08	Sono disponibili procedure condivise relative a: criteri e modalità di accesso dell'utente, accoglienza, registrazione, definizione dei tempi di attesa	0
	3A.01.01.09	Sono disponibili procedure condivise relative alle modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.	0
	3A.01.01.10	Sono disponibili procedure condivise per la pulizia e la sanificazione degli ambienti.	0
	3A.01.01.11	E' adottato un Piano per la gestione delle emergenze	0

COPIA TRATTA DAL SITO  
NON VALIDA PER LA CO

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie			
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
03. Definizione delle responsabilità	3A.01.03.01	E' adottato un documento in cui è descritta l'organizzazione interna generale, per singolo presidio e struttura organizzativa, (per le strutture pubbliche in coerenza con l'atto aziendale)	0
	3A.01.03.02	Sono adottati uno o più documenti che descrivono l'organigramma della dirigenza con relativa matrice di responsabilità, i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative e le indicazioni per la valutazione dei dirigenti	0
04. Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	3A.01.04.01	Le strutture organizzative aziendali sono dotate di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari, forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo (ivi comprese le attività di verifica e miglioramento della qualità) e che tengano conto anche del debito informativo verso la Regione ed il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia, compresa la normativa sul trattamento dei dati personali.	0
	3A.01.04.02	La Direzione aziendale assicura la valutazione periodica dei bisogni informativi dell'organizzazione e dell'adeguatezza del sistema informativo aziendale	0
	3A.01.04.03	Sono disponibili procedure che definiscono: le modalità di raccolta e di conservazione dei dati; le modalità di valutazione della qualità dei dati; le modalità di diffusione ed utilizzo delle informazioni da parte delle articolazioni organizzative aziendali.	0
	3A.01.04.04	E' individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.	0

COPIA TR  
NON V

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie			
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
05. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	3A.01.05.01	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti).	0
	3A.01.05.02	La Direzione assegna le responsabilità relative alla valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi	0
	3A.01.05.03	E' formalmente individuato un responsabile aziendale per la valutazione ed il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi	0
	3A.01.05.04	Sono impiegati strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali: audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità <i>mortality &amp; morbidity review</i> . e verifiche esterne di qualità, (per i laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologica, i centri trasfusionali e i servizi di diagnostica strumentale),	0
	3A.01.05.05	E' disponibile la documentazione delle attività di valutazione dei servizi e delle prestazioni.	0
	3A.01.05.06	Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione, verifica e miglioramento della qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale, adottando le metodologie attualmente in uso per la verifica e miglioramento della qualità. Tali progetti vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate per singolo presidio e/o percorso diagnostico terapeutico.	0
	3A.01.05.07	Il personale partecipa allo svolgimento delle attività di valutazione	0
	3A.01.05.08	I dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi sono utilizzati per la revisione sistematica e continuativa dell'assistenza prestata e dei risultati raggiunti dagli operatori, per la verifica e il miglioramento della qualità, e per il miglioramento delle performance .	0



Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie			
Criterio 2 – Prestazioni e servizi			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
2.Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	3A.02.02.01	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)	0
3.Continuità assistenziale	3A.02.03.01	La direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze o di eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici), per l'intero orario di apertura della struttura e le procedure di gestione delle emergenze.	0
4.Monitoraggio e valutazione	3A.02.04.01	E' documentata un'attività di valutazione degli eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura	0
5.La modalità di gestione della documentazione sanitaria	3A.02.05.01	Sono attivati programmi di valutazione sulla qualità della documentazione clinica.	0
	3A.02.05.02	Esiste una procedura condivisa che definisce i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo. Nella documentazione sanitaria deve essere identificabile l'operatore che la redige, per la parte di competenza.	0
	3A.02.05.03	E' formalizzata e attuata una politica per la <i>privacy</i> e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto ed in ottemperanza alla legislazione ed alla normativa vigente in materia.	0
	3A.02.05.04	Sono formalizzate e messe in atto procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto ed in ottemperanza alla legislazione ed alla normativa vigente in materia.	0
	3A.02.05.05	Sono definiti i tempi di accesso alla documentazione sanitaria	0

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie			
Criterio 3: Aspetti strutturali			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
2. Gestione e manutenzione delle attrezzature	3A.03.02.01	Vi è evidenza della esistenza dell'inventario delle attrezzature e della comunicazione al personale della procedura per l'identificazione delle stesse	0
	3A.03.02.02	E' adottato un piano per la gestione e la manutenzione (ordinaria e straordinaria) delle attrezzature e delle apparecchiature biomediche. Vi è evidenza della comunicazione del Piano al personale	0
	3A.03.02.03	Vi è evidenza che è stato effettuato il collaudo tecnico di sicurezza ad ogni nuova acquisizione di apparecchi biomedici.	0
	3A.03.02.04	E' disponibile la documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione	0
	3A.03.02.05	Sono disponibili specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tenere conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.	0
	3A.03.02.06	Per ciascun presidio risulta chiaramente attribuita la responsabilità per l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche sia sotto il profilo funzionale che tecnologico.	0
	3A.03.02.07	Vi è evidenza che sia stata data comunicazione al personale sul documento di valutazione dei rischi (D.LGS. 81/2008, art 28)	0
	3A.03.02.08	E' garantita la prevenzione dai rischi biologici ed il rispetto, in particolare, delle norme di cui al decreto legislativo n. 81/2008 e successive modificazioni ed integrazioni.	0

COPIA TI  
NON V'

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie			
Criterio 3: Aspetti strutturali			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
5. Requisiti strutturali e tecnologici generali	3A.03.05.01	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di caratteristiche ambientali e di accessibilità	0
	3A.03.05.02	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antincendio	0
	3A.03.05.03	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione acustica	0
	3A.03.05.04	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza elettrica e continuità elettrica	0
	3A.03.05.05	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza anti-infortunistica	0
	3A.03.05.06	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di igiene dei luoghi di lavoro	0
	3A.03.05.07	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti	0
	3A.03.05.08	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di eliminazione della barriere architettoniche	0
	3A.03.05.09	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di smaltimento dei rifiuti	0
	3A.03.05.10	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di condizioni microclimatiche	0
	3A.03.05.11	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di impianti di distribuzione dei gas	0
	3A.03.05.12	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di materiali esplosivi	0
	3A.03.05.13	I presidi aziendali, in relazione alla tipologia delle attività svolte, sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica	0

COPIA  
NO

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie			
Criterio 4: Competenze del Personale			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1.Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	3A.04.01.01	E' individuato un responsabile per la formazione	0
	3A.04.01.02	E' adottato un Piano di Formazione con cadenza annuale che prevede: 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	0
	3A.04.01.03	L'Azienda ha verificato che il personale medico e non medico possiede i titoli di studio previsti dalla normativa	0
2.Inserimento e addestramento di nuovo personale	3A.04.02.01	E' adottato un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale-neoassunto/trasferito compreso il personale volontario	0

COPIA TRATTA DAL SI  
NON VALIDA PER LA

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie			
Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1.Approccio alla pratica clinica secondo evidenze	3A.06.01.01	Sono formalizzati e messi in atto protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della <i>evidence based medicine</i>	0
	3A.06.01.02	Il personale ha libero accesso alla raccolta dei regolamenti interni, protocolli e linee guida	0
	3A.06.01.03	Vi è evidenza dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni, protocolli e linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili	0
	3A.06.01.04	Vi è evidenza del 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	0
	3A.06.01.05	<p>Sono implementati programmi di valutazione dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni ed attivati programmi di miglioramento se necessario. In particolare nei presidi di ricovero (sia fase acuta che post-acuta) devono essere effettuati programmi nell'ambito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri;</li> <li>- razionale utilizzazione dei farmaci;</li> <li>- valutazione dell'appropriatezza dell'apporto nutrizionale alle condizioni cliniche dei pazienti.</li> </ul> <p>Nei presidi di ricovero per acuti devono essere inoltre attivati programmi nell'ambito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- buon uso del sangue, degli emocomponenti ed emoderivati;</li> <li>- infezioni ospedaliere;</li> <li>- appropriatezza delle prestazioni e dell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (RMN, TC, angioplastiche, etc.).</li> </ul> <p>Nei presidi in cui vengono erogate prestazioni a livello ambulatoriale devono essere attivati programmi nell'ambito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accessibilità alle prestazioni;</li> <li>- appropriatezza delle indagini;</li> <li>- contrasto alle infezioni ospedaliere</li> </ul>	0

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie			
Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
2.Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	3A.06.02.01	E' adottato 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 contempra ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione	12
	3A.06.02.02	E' attivata la sorveglianza ed il controllo delle infezioni ospedaliere con l'individuazione delle figure professionali responsabili e l'adozione di protocolli tecnici di sorveglianza e di controllo. L'attività di sorveglianza e di controllo è documentata con rapporti semestrali oggettivati mediante la formulazione e la rilevazione di indicatori specifici da redigersi da parte delle figure professionali responsabili	0
3.Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	3A.06.03.01	E' implementato un sistema per l'identificazione e la segnalazione di <i>near miss</i> , eventi avversi ed eventi sentinella	0

COPIA TRATTATA  
NON VALIDA

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie			
Criterio 7 - Processi di miglioramento ed innovazione			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1.Progetti di miglioramento	3A.07.01.01	Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli, e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo degli indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardiovascolare)	0

COPIA TRATTA DAL SITO  
NON VALIDA PER LA CO

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
01. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	4A.01.01.01	Il documento in cui è esplicitata la mission aziendale è sottoposto a verifica e aggiornamento periodico almeno con cadenza biennale e ogni qual volta ci siano modifiche alla programmazione regionale che ne condizionino l'attualità.	0
	4A.01.01.02	Il Piano strategico Aziendale è aggiornato periodicamente e ogni qual volta ci siano modifiche alla programmazione regionale che ne condizionino l'attualità. Gli obiettivi sono basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie.	0
	4A.01.01.03	E' adottato un sistema di controllo di gestione	0
	4A.01.01.04	Sono disponibili procedure ed indicatori per la verifica periodica (in coerenza con la cadenza temporale prefissata) degli obiettivi definiti nel piano strategico, nel piano annuale e nei documenti aziendali di programmazione	0
	4A.01.01.05	Gli obiettivi del piano strategico e del piano annuale sono formulati con l'apporto dei responsabili delle strutture organizzative, mediante il coinvolgimento più ampio possibile del personale interno all'azienda.	0
	4A.01.01.06	I documenti aziendali di programmazione sono portati a conoscenza di tutto il personale	0
	4A.01.01.07	La direzione definisce le procedure amministrative generali, per singolo presidio e per struttura organizzativa e i collegamenti operativo funzionali tra i servizi tecnico-amministrativi e i servizi sanitari, ed in particolare definisce le procedure relative a: prenotazione, modalità di pagamento, modalità di accesso alle prestazioni. Le procedure prevedono che la richiesta di prestazione contenga, oltre al quesito diagnostico, tutte le informazioni necessarie per l'espletamento della stessa.	0
	4A.01.01.08	E' disponibile una procedura per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sia per gli interni che per gli esterni.	0
	4A.01.01.09	E' disponibile una procedura per l'acquisizione del consenso informato.	0
	4A.01.01.10	E' disponibile una procedura per la consegna ed invio del referto e/o del risultato, anche ai fini della tutela dei dati personali.	0

COPIA  
NON

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
02. Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	4A.01.02.01	La Direzione aziendale ha attivato specifici percorsi assistenziali integrati per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza e le strutture aziendali sono pienamente integrate nelle reti assistenziali costituite dalla programmazione regionale (traumi, ictus, infarto)	24
	4A.01.02.02	La Direzione aziendale ha attivato specifici percorsi assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarietà) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione, anche in collegamento con le strutture socio sanitarie	24
	4A.01.02.03	La Direzione aziendale ha attivato percorsi integrati 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"	24
	4A.01.02.04	La struttura partecipa a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.	24
03. Definizione delle responsabilità	4A.01.03.01	E' documentabile l'attività di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità 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.	12
	4A.01.03.02	E' adottato un documento in cui sono esplicitati i criteri utilizzati per la definizione del sistema premiante.	0

COPIA TRATTATA  
NON VALIDA

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
04. Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	4A.01.04.01	Le prestazioni effettuate sono codificate e valorizzate conformemente alle disposizioni regionali. Le schede di dimissione ospedaliera sono regolarmente trasmesse secondo le procedure definite dalle disposizioni regionali.	0
	4A.01.04.02	Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	12
	4A.01.04.03	Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie	12
	4A.01.04.04	All'interno di ciascuna articolazione organizzativa aziendale è individuato formalmente un referente per la gestione dei dati e delle informazioni.	0
	4A.01.04.05	Formalizzazione e messa in atto di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.	0
	4A.01.04.06	Le informazioni e i dati prodotti sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali, garantendo un sistema di comunicazione interna ed esterna documentabile	0
05. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	4A.01.05.01	E' redatta la relazione annuale sullo stato/attività per ogni struttura organizzativa: - la relazione è portata a conoscenza dei livelli sovraordinati; - la relazione è conosciuta dal personale della struttura organizzativa; - la relazione della struttura organizzativa è resa disponibile ai soggetti interessati.	0
	4A.01.05.02	Sono disponibili procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es.: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza).	24
	4A.01.05.03	E' adottato un piano di formazione che prevede attività formative che coinvolgano progressivamente tutto il personale dell'azienda, orientate al miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni nell'ottica della garanzia del percorso assistenziale.	0

COPIA  
NOTA

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
06. Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi	4A.01.06.01	Esiste una procedura per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e per la predisposizione dei relativi piani di miglioramento	12
	4A.01.06.02	I dati derivanti dall'analisi dei disservizi sono utilizzati per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	12
	4A.01.06.03	Viene effettuato il monitoraggio delle azioni di miglioramento	12
	4A.01.06.04	Esiste una procedura di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini	12
	4A.01.06.05	Viene effettuata un'attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad. es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente)	24

COPIA TRATTA DAL SIT  
NON VALIDA PER LA

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 2 – Prestazioni e servizi			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1. Tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati	4A.02.01.01	E' adottato un documento in cui sono descritte le prestazioni e/o le attività erogate specificando quelle eseguite direttamente all'interno del presidio e/o all'interno dell'azienda e quelle eseguite indirettamente; le procedure per l'erogazione delle prestazioni; le tariffe per le prestazioni erogate e per la cessione dei servizi.	0
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	4A.02.02.01	Presenza di un protocollo formalizzato per l'eleggibilità dei pazienti	24
	4A.02.02.02	Sono definite le responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti	12
	4A.02.02.03	E' garantita la tracciabilità della presa in carico dei pazienti; è evidente all'interno della documentazione sanitaria compresa la riconciliazione	12
	4A.02.02.04	E' garantita la gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura	12
	4A.02.02.05	E' verificata la conoscenza e l'applicazione dei protocolli e delle procedure da parte del personale e il loro miglioramento, se necessario.	24

COPIA TRATTATA  
NON VALIDATA

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 2 – Prestazioni e servizi			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
3.Continuità assistenziale	4A.02.03.01	E' definita la responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	12
	4A.02.03.02	Sono formalizzate e messe in atto procedure per assicurare la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti, del follow up, continuità ospedale-territorio). Le procedure sono state adottate con il coinvolgimento dei MMG e PLS e dei rappresentanti degli utenti	0
	4A.02.03.03	Sono stati adottati, da parte dell'organizzazione, linee guida, regolamenti e protocolli e definiti processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure, predisposti in maniera integrata da parte delle strutture organizzative operanti in più sedi, interne ed esterne all'Azienda, e come modalità di rapporto fra strutture organizzative diverse.	0
	4A.02.03.04	Sono stati definiti dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza	0
	4A.02.03.05	Sono state adottate modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione	0
	4A.02.03.06	Nei presidi che operano in regime programmato, sia di ricovero che ambulatoriale, devono essere adottati specifici protocolli e convenzioni con presidi che operano all'interno del sistema di emergenza-urgenza, per la gestione di eventuali emergenze cliniche	0
	4A.02.03.07	La direzione assicura che siano codificate le procedure di gestione delle emergenze e provvede alla loro diffusione nei confronti del personale	0
	4A.02.03.08	Sono adottate e diffuse 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	12

COPY  
NO

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 2 – Prestazioni e servizi			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
4.Monitoraggio e valutazione	4A.02.04.01	E' documentata un'attività di valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida	24
	4A.02.04.02	E' documentata un'attività di valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite <i>audit</i> clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso	24
	4A.02.04.03	E' documentata un'attività di valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari	24
	4A.02.04.04	Sono presenti <i>report</i> degli <i>audit</i> e diffusi a tutti gli operatori che hanno partecipato all'implementazione del percorso di cura.	24
	4A.02.04.05	Esiste ed è messa in atto una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina generale e dei Pediatri di famiglia	24
	4A.02.04.06	Identificazione ed effettuazione di interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	24
5.La modalità di gestione della documentazione sanitaria	4A.02.05.01	Esiste una procedura per la predisposizione della documentazione clinica che tiene conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie ( <i>transition</i> ) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali	12
	4A.02.05.02	Vi è evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e vi è evidenza dei risultati di azioni correttive se necessario	12

COPIA TI  
NON V'

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 3: Aspetti strutturali			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1. Idoneità all'uso delle strutture	4A.03.01.01	E' individuato un referente per gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti	0
	4A.03.01.02	E' adottato un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria di strutture e impianti.	0
	4A.03.01.03	Vi è evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti	24
	4A.03.01.04	E' stato formalizzato e messo in atto un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture	24
	4A.03.01.05	E' stato formalizzato e messo in atto un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, <i>audit</i> ed incontri periodici relativi all'identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza)	24
	4A.03.01.06	Sono adottati piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale	24
	4A.03.01.07	Vi è evidenza di attività formative e di coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro	24
2. Gestione e manutenzione delle attrezzature	4A.03.02.01	E' adottato 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	0
	4A.03.02.02	E' individuato un referente per gli interventi di manutenzione delle attrezzature.	0
	4A.03.02.03	I programmi aziendali di formazione includono 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	12
	4A.03.02.04	L'inventario delle apparecchiature in dotazione è aggiornato in modo continuativo ed è verificato annualmente	0

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 3: Aspetti strutturali			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
2. Gestione e manutenzione delle attrezzature	4A.03.02.05	Esiste un documento che definisce le procedure da attivare in caso di rottura improvvisa delle apparecchiature durante l'esecuzione di un'indagine diagnostica o di un intervento	0
	4A.03.02.06	Esiste una procedura che definisce modalità e criteri per la definizione delle specifiche tecniche dei prodotti e delle attrezzature ai fini della realizzazione delle procedure di acquisto	0
	4A.03.02.07	Ogni struttura organizzativa può accedere alle informazioni relative alle apparecchiature in dotazione.	0
	4A.03.02.08	La documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, è a corredo dello strumento e resa disponibile al referente della manutenzione ed agli operatori	0
	4A.03.02.09	Tutti gli interventi di manutenzione, ordinaria e straordinaria ,sulle apparecchiature biomediche in dotazione sono documentati da un rapporto tecnico dettagliato.	0
	4A.03.02.10	Vi è evidenza delle valutazioni effettuate dalla Direzione generale sull'utilizzo ed il funzionamento delle attrezzature	0
	4A.03.02.11	Lo stato di sicurezza delle apparecchiature secondo le norme in vigore è documentato e reso noto ai diversi livelli operativi attraverso l'esito delle verifiche periodiche di sicurezza e gli eventuali adeguamenti effettuati.	0
	4A.03.02.12	Sono periodicamente eseguite e documentate prove strumentali sul funzionamento dei principali apparecchi biomedici utilizzati in condizioni critiche	0
	4A.03.02.13	E' pianificata e documentata la realizzazione di un aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo sicuro ed appropriato delle apparecchiature biomediche.	0
	4A.03.02.14	Sono adottati appositi protocolli di isolamento modulari per i pazienti con patologie contagiose o potenzialmente tali.	0
	4A.03.02.15	Le procedure per la protezione dagli incidenti per esposizione a materiali biologici sono previste anche per coloro che partecipano a vario titolo alla effettuazione di attività assistenziali o di supporto alla attività assistenziale (accompagnatori al parto, assistenza in ricovero pediatrico, trattamento in dialisi domiciliare, dialisi, ospedalizzazione a domicilio).	0

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 4: Competenze del Personale			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1.Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	4A.04.01.01	Il piano di formazione annuale individua il personale da formare, assegna le risorse e definisce: - gli strumenti di valutazione e verifica. - gli obiettivi di apprendimento; - gli indicatori per la verifica; - le modalità di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.	0
	4A.04.01.02	Vi è evidenza di un'attività di 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	0
	4A.04.01.03	Vi è evidenza del coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento	12
	4A.04.01.04	Vi è evidenza di un'attività di condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura	12
	4A.04.01.05	Vi è evidenza della verifica dei requisiti previsti dalla normativa vigente per l'accreditamento della funzione di provider	12
	4A.04.01.06	E' redatta una relazione annuale sull'attività formativa che contiene: - l'analisi della spesa complessivamente sostenuta; - la quantità e la tipologia degli operatori coinvolti; - la descrizione dei risultati conseguiti.	0
	4A.04.01.07	E' documentata l'attività di formazione/aggiornamento permanente del personale	0
	4A.04.01.08	Di tutti i percorsi formativi o di aggiornamento realizzati in sedi esterne all'azienda, è conservata tutta la documentazione per la consultazione/divulgazione.	0
	4A.04.01.09	Per ciascun operatore esiste un fascicolo personale che raccoglie documentazione delle iniziative formative cui ha partecipato.	0

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 4: Competenze del Personale			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1.Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	4A.04.01.10	Nel caso di acquisizione di nuove tecnologie e/o di introduzione di metodiche innovative, deve essere conservata la documentazione dell'avvenuta formazione del personale interessato al loro utilizzo/applicazione	0
	4A.04.01.11	Deve essere documentato il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro	0
2.Inserimento e addestramento di nuovo personale	4A.04.02.01	E' formalizzato e messo in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti	12
	4A.04.02.02	E' adottato e messo in atto un piano di formazione strutturato sul rischio clinico ed occupazionale verso i neo assunti, entro il 1°anno	12
	4A.04.02.03	E' prevista la valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	24

COPIA TRATTA DAL  
NON VALIDA PER I

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 5: Comunicazione			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1. Modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori	4A.05.01.01	Sono formalizzati e implementati 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	12
	4A.05.01.02	Sono definiti e implementati flussi informativi e reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alle performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente	12
	4A.05.01.03	Sono formalizzate e messe in atto modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento	12
	4A.05.01.04	E' documentata una valutazione periodica dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario.	12
2. Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/ soddisfazione degli operatori	4A.05.02.01	Sono effettuate indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale	0
	4A.05.02.02	Sono implementati processi e flussi che consentano la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale	24
	4A.05.02.03	Vi è evidenza di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità emerse dalla valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale	24

COPIA TRATTA  
NON VALIDA

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 5: Comunicazione			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
3.Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	4A.05.03.01	E' disponibile una Carta dei Servizi, redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza, in cui l'organizzazione dichiara i suoi impegni. La Carta dei Servizi, assicura la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini.	0
	4A.05.03.02	La carta dei servizi è redatta con l'apporto documentato dei responsabili delle strutture organizzative e prevede il coinvolgimento più ampio possibile del personale interno all'azienda.	0
	4A.05.03.03	La carta dei servizi è portata a conoscenza, attraverso un apposito piano di comunicazione aziendale, ai diversi soggetti interessati, sia interni che esterni all'azienda.	0
	4A.05.03.04	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	0
	4A.05.03.05	Esiste un programma di attuazione della carta dei servizi	0
	4A.05.03.06	Sono disponibili strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini	0
	4A.05.03.07	E' stata formalizzata una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver	12
	4A.05.03.08	Sono definite le modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti	12
	4A.05.03.09	Sono definite le modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	12
	4A.05.03.10	Sono definite le modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche	12
	4A.05.03.11	I soggetti che partecipano al processo assistenziale nell'ambito di percorsi formativi (es. tirocinio, specializzazione post-laurea) sono identificabili.	0

COPIA  
NOT

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 5: Comunicazione			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
3.Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	4A.05.03.12	E' predisposta da parte dell'azienda, almeno con valenza annuale, una relazione relativa al Programma attuativo della Carta dei Servizi che espliciti i risultati conseguiti in rapporto agli impegni e agli standard stabiliti e i livelli di soddisfazione degli utenti.	0
	4A.05.03.13	La relazione è utilizzata ai fini del confronto con le associazioni e le organizzazioni di rappresentanza e tutela degli utenti	0
	4A.05.03.14	È individuato un referente addetto ai rapporti con il pubblico (informazioni e accettazione reclami, segnalazioni e suggerimenti, ecc.).	0
	4A.05.03.15	I reclami devono essere accolti e trattati dalla struttura aziendale a cui sono rivolti	0
4.Modalità di coinvolgimento dei pazienti dei suoi familiari e dei caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	4A.05.04.01	E' stata formalizzata e messa in atto 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	12
	4A.05.04.02	È adottato un documento in cui sono definiti i rapporti con le associazioni rappresentative dell'utenza, con le associazioni di volontariato e con le associazioni no profit.	0
	4A.05.04.03	Sono state formalizzate e messe in atto procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato	0
	4A.05.04.04	Sono definite le modalità di addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari	24
	4A.05.04.05	Vi è evidenza di un'attività di valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver, e dei programmi di miglioramento adottati quando necessario	24

COPIA  
NON

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 5: Comunicazione			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
5.Modalità di ascolto dei pazienti	4A.05.05.01	Sono formalizzate e messe in atto politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti	0
	4A.05.05.02	Sono formalizzate e messe in atto modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti	12
	4A.05.05.03	Sono formalizzate e messe in atto procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di <i>customer satisfaction</i> )	0
	4A.05.05.04	Vi è evidenza dell'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	0
	4A.05.05.05	Vi è evidenza della diffusione dei risultati delle indagini di <i>customer satisfaction</i> e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale	12
	4A.05.05.06	La formazione del personale di contatto con il pubblico include comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti	24

COPIA TRATTA DAL S.  
NON VALIDA PER LA

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
3.Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	4A.06.03.01	Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale	12
	4A.06.03.02	Vi è evidenza di attività per l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura ( <i>Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit</i> ) e di azioni sistematiche di verifica della sicurezza ( <i>Safety walkround</i> )	12
	4A.06.03.03	Sono stati redatti piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio	12
	4A.06.03.04	Vi è evidenza dell'applicazione e del monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>check-list</i> , ed altri strumenti per la sicurezza	12
	4A.06.03.05	Sono definite 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	12
	4A.06.03.06	E' adottato un piano di formazione sulle tematiche del rischio clinico e sulla prevenzione e analisi degli eventi avversi	12
	4A.06.03.07	Vi è evidenza dell'adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi	24

COPIA TRAM  
NON VAL

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
4.Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze	4A.06.04.01	Vi è evidenza dello sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	24
	4A.06.04.02	Vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche	0
	4A.06.04.03	Vi è evidenza che il personale è adeguatamente formato e ha acquisito le competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi.	12
	4A.06.04.04	Sono state formalizzate e messe in atto politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico	24

COPIA TRATTA DAL SITO  
NON VALIDA PER LA COM

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 7 - Processi di miglioramento ed innovazione			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
2.Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi	4A.07.02.01	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione.	24
3.Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa	4A.07.03.01	Sono state formalizzate e messe in atto procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative	24
	4A.07.03.02	Vi è evidenza del coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative	24
	4A.07.03.03	Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso delle innovazione-valutazione-adozione	24
	4A.07.03.04	Vi evidenza dello sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca.	24

COPIA TRATTA DAL  
NON VALIDA PER I

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture sanitarie (escluse le strutture di cui all'allegato 4B)			
Criterio 8 - Umanizzazione			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1.Programmi per l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	4A.08.01.01	Vi è evidenza che le attività assistenziali-organizzative siano orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere ed a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche; (es. <i>bambino in ospedale, in assistenza domiciliare 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 a ritmi fisiologici della persona</i> ).	24
	4A.08.01.02	La 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 <i>counselling</i> (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie").	24
	4A.08.01.03	Vi è evidenza dell'adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'equipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione	24
	4A.08.01.04	Esistono 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	12

COPIA  
NON

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture ambulatoriali monospecialistiche non allocate entro strutture di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno			
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
04. Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	4B.01.04.01	Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	12
	4B.01.04.02	Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie	12
	4B.01.04.03	Formalizzazione e messa in atto di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.	0
05. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	4B.01.05.01	Sono disponibili procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es.: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza).	24
	4B.01.05.02	E' adottato un piano di formazione che prevede attività formative che coinvolgano progressivamente tutto il personale dell'azienda, orientate al miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni nell'ottica della garanzia del percorso assistenziale.	0
06. Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi	4B.01.06.01	Esiste una procedura per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e per la predisposizione dei relativi piani di miglioramento	12
	4B.01.06.02	I dati derivanti dall'analisi dei disservizi sono utilizzati per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	12
	4B.01.06.03	Viene effettuato il monitoraggio delle azioni di miglioramento	12
	4B.01.06.05	Viene effettuata un'attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad. es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente)	24

COPIA TR  
NON VA

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture ambulatoriali monospecialistiche non allocate entro strutture di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno			
Criterio 2 – Prestazioni e servizi			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1. Tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati	4B.02.01.01	E' adottato un documento in cui sono descritte gli obiettivi della struttura, tipologia e volumi delle prestazioni e/o attività erogate specificando quelle eseguite direttamente all'interno della struttura e quelle eseguite indirettamente; le procedure per l'erogazione delle prestazioni; le tariffe per le prestazioni erogate e per la cessione dei servizi.	0
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	4B.02.02.01	Presenza di un protocollo formalizzato per l'eleggibilità dei pazienti	24
	4B.02.02.02	Sono definite le responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti	12
	4B.02.02.03	E' garantita la tracciabilità della presa in carico dei pazienti; è evidente all'interno della documentazione sanitaria compresa la riconciliazione	12
	4B.02.02.04	E' garantita la gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura	12
	4B.02.02.05	E' verificata la conoscenza e l'applicazione dei protocolli e delle procedure da parte del personale e il loro miglioramento, se necessario.	24
3. Continuità assistenziale	4B.02.03.01	E' definita la responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata del trattamento	12
	4B.02.03.04	Sono stati definiti dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza	0
	4B.02.03.05	Sono state adottate modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna e a conclusione del trattamento	0
	4B.02.03.07	La direzione assicura che siano codificate le procedure di gestione delle emergenze e provvede alla loro diffusione nei confronti del personale	0
	4B.02.03.08	Sono adottate e diffuse 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	12

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture ambulatoriali monospecialistiche non allocate entro strutture di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno			
Criterio 2 – Prestazioni e servizi			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
4.Monitoraggio e valutazione	4B.02.04.01	E' documentata un'attività di valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida	24
	4B.02.04.02	E' documentata un'attività di valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari	24
	4B.02.04.03	Identificazione ed effettuazione di interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	24
5.La modalità di gestione della documentazione sanitaria	4B.02.05.01	Esiste una procedura per la predisposizione della documentazione clinica che tiene conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie ( <i>transition</i> ) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali	12
	4B.02.05.02	Vi è evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e vi è evidenza dei risultati di azioni correttive se necessario	12

COPIA TRATTA DAL  
NON VALIDA PER

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture ambulatoriali monospecialistiche non allocate entro strutture di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno			
Criterio 3: Aspetti strutturali			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1. Idoneità all'uso delle strutture	4B.03.01.01	E' individuato un referente per gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti	0
	4B.03.01.02	E' adottato un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria di strutture e impianti.	0
	4B.03.01.03	Vi è evidenza di attività formative e di coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro	24
2. Gestione e manutenzione delle attrezzature	4B.03.02.01	E' adottato 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	0
	4B.03.02.02	E' individuato un referente per gli interventi di manutenzione delle attrezzature.	0
	4B.03.02.03	I programmi aziendali di formazione includono 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	12
	4B.03.02.04	L'inventario delle apparecchiature in dotazione è aggiornato in modo continuativo ed è verificato annualmente	0
	4B.03.02.05	La documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, è a corredo dello strumento e resa disponibile al referente della manutenzione ed agli operatori	0
	4B.03.02.06	Tutti gli interventi di manutenzione, ordinaria e straordinaria ,sulle apparecchiature biomediche in dotazione sono documentati da un rapporto tecnico dettagliato.	0
	4B.03.02.07	Lo stato di sicurezza delle apparecchiature secondo le norme in vigore è documentato e reso noto ai diversi livelli operativi attraverso l'esito delle verifiche periodiche di sicurezza e gli eventuali adeguamenti effettuati.	0

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture ambulatoriali monospecialistiche non allocate entro strutture di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno			
Criterio 3: Aspetti strutturali			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
2. Gestione e manutenzione delle attrezzature	4B.03.02.08	Sono periodicamente eseguite e documentate prove strumentali sul funzionamento dei principali apparecchi biomedici utilizzati in condizioni critiche	0
	4B.03.02.09	E' pianificata e documentata la realizzazione di un aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo sicuro ed appropriato delle apparecchiature biomediche.	0
	4B.03.02.10	Le procedure per la protezione dagli incidenti per esposizione a materiali biologici sono previste anche per coloro che partecipano a vario titolo alla effettuazione di attività assistenziali o di supporto alla attività assistenziale.	0

COPIA TRATTA DAL SITC  
NON VALIDA PER LA C

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture ambulatoriali monospecialistiche non allocate entro strutture di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno			
Criterio 4: Competenze del Personale			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1.Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	4B.04.01.01	E' documentata l'attività di formazione/aggiornamento permanente del personale	0
	4B.04.01.02	Per ciascun operatore esiste un fascicolo personale che raccoglie documentazione delle iniziative formative cui ha partecipato.	0
	4B.04.01.03	Nel caso di acquisizione di nuove tecnologie e/o di introduzione di metodiche innovative, deve essere conservata la documentazione dell'avvenuta formazione del personale interessato al loro utilizzo/applicazione	0
	4B.04.01.04	Deve essere documentato il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro	0
2.Inserimento e addestramento di nuovo personale	4B.04.02.01	E' formalizzato e messo in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti	12
	4B.04.02.02	E' adottato e messo in atto un piano di formazione strutturato sul rischio clinico ed occupazionale verso i neo assunti, entro il 1°anno	12
	4B.04.02.03	E' prevista la valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	24

COPIA TRATTA  
NON VALIDA

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture ambulatoriali monospecialistiche non allocate entro strutture di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno			
Criterio 5: Comunicazione			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1. Modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori	4B.05.01.01	Sono formalizzate e messe in atto modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno della struttura	12
	4B.05.01.02	E' documentata una valutazione periodica dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario.	12
3. Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	4B.05.03.01	Sono disponibili strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini	0
	4B.05.03.02	E' stata formalizzata una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver	12
	4B.05.03.03	Gli operatori della struttura sono identificabili per ruolo professionale	0
	4B.05.03.04	I soggetti che partecipano al processo assistenziale nell'ambito di percorsi formativi (es. tirocinio, specializzazione post-laurea) sono identificabili.	0
	4B.05.03.05	È individuato un referente addetto ai rapporti con il pubblico (informazioni e accettazione reclami, segnalazioni e suggerimenti, ecc.).	0
4. Modalità di coinvolgimento dei pazienti dei suoi familiari e dei caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	4B.05.04.01	E' stata formalizzata e messa in atto 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	12
	4B.05.04.02	Sono state formalizzate e messe in atto procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato	0
5. Modalità di ascolto dei pazienti	4B.05.05.01	Sono formalizzate e messe in atto politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti	0
	4B.05.05.02	Vi è evidenza dell'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	0

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture ambulatoriali monospecialistiche non allocate entro strutture di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno			
Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
3. Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	4B.06.03.01	Vi è evidenza dell'applicazione e del monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>check-list</i> , ed altri strumenti per la sicurezza	12
	4B.06.03.02	E' adottato un piano di formazione sulle tematiche del rischio clinico e sulla prevenzione e analisi degli eventi avversi	12
	4B.06.03.03	Vi è evidenza dell'adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi	24
4. Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze	4B.06.04.01	Vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche	0
	4B.06.04.02	Vi è evidenza che il personale è adeguatamente formato e ha acquisito le competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi.	12

COPIA TRATTATA DA  
NON VALIDA PE

Requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento delle strutture ambulatoriali monospecialistiche non allocate entro strutture di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno			
Criterio 8 - Umanizzazione			
Area	Codice	Requisiti	Tempo di adeguamento da parte delle strutture (mesi)
1. Programmi per l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	4B.08.01.01	Vi è evidenza che le attività assistenziali-organizzative siano orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere ed a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche	24

(2016.9.569)102

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE  
NON VALIDA PER LA COMMERCIAZIONE

## La Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana è in vendita al pubblico:

AGRIGENTO - Edicola, rivendita tabacchi Alfano Giovanna - via Panoramica dei Templi, 31; Pusante Alfonso - via Dante, 70; Damont s.r.l. - via Panoramica dei Templi, 21;	MODICA - Baglieri Carmelo - corso Umberto I, 460.
ALCAMO - Toyschool di Santanneria Rosa - via Vittorio Veneto, 238; Libreria Pipitone Lorenzo - viale Europa, 61.	NARO - "Carpediem" di Celauro Gaetano - viale Europa, 3.
BAGHERIA - Carto - Aliotta di Aliotta Franc. Paolo - via Diego D'Amico, 30; Rivendita giornali Leone Salvatore - via Papa Giovanni XXIII (ang. via Consolare).	PALERMO - Edicola Romano Maurizio - via Empedocle Restivo, 107; "La Libreria del Tribunale" s.r.l. - piazza V. E. Orlando, 44/45; Edicola Badalamenti Rosa - piazza Castelforte, s.n.c. (Partanna Mondello); "La Bottega della Carta" di Scannella Domenico - via Caltanissetta, 11; Libreria "Forense" di Valenti Renato - via Maqueda, 185; Libreria "Ausonia" di Argento Sergio - via Ausonia, 70/74; Grafill s.r.l. - via Principe di Palagonia, 87/91.
BARCELLONA POZZO DI GOTTO - Maimone Concetta - via Garibaldi, 307; Edicola "Scilipoti" di Strocchio Agostino - via Catania, 13.	PARTINICO - Lo Iacono Giovanna - corso dei Mille, 450.
BOLOGNA - Libr. giur. Edinform s.r.l. - via Imerio, 12/5.	PIAZZA ARMERINA - Cartolibreria Armana Michelangelo - via Remigio Roccella, 5.
CAPO D'ORLANDO - "L'Italiano" di Lo Presti Eva & C. s.a.s. - via Vittorio Veneto, 25.	PORTO EMPEDOCLE - MR di Matróna Giacinto & Matróna Maria s.n.c. - via Gen. Giardino, 6.
CASTELVETRANO - Cartolibreria - Edicola Marotta & Calia s.n.c. - via Q. Sella, 106/108.	RAFFADALI - "Striscia la Notizia" di Randisi Giuseppina - via Rosario, 6.
CATANIA - Libreria La Paglia - via Etna, 393/395.	SAN MAURO CASTELVERDE - Garofalo Maria - corso Umberto I, 56.
FAVARA - Costanza Maria - via IV Novembre, 61; Pecoraro di Piscopo Maria - via Vittorio Emanuele, 41.	SANT'AGATA DI MILITELLO - Edicola Ricca Benedetto - via Cosenz, 61.
GELA - Cartolibreria Eschilo di Simona Trainito - corso Vittorio Emanuele, 421.	SANTO STEFANO CAMASTRA - Lando Benedetta - corso Vittorio Emanuele, 21.
GIARRE - Libreria La Senorita di Giuseppa Emmi - via Veneto, 59.	SCIACCA - Edicola Cocco Vincenzo - via Cappuccini, 124/a.
MAZARA DEL VALLO - "F.lli Tudisco & C." s.a.s. di Tudisco Fabio e Vito Massimiliano - corso Vittorio Veneto, 150.	SIRACUSA - Cartolibreria Zimmiti Catia - via Necropoli Grotticelle, 25/0.
MENFI - Ditta Mistretta Vincenzo - via Inico, 188.	TERRASINI - Serra Antonietta - corso Vittorio Emanuele, 336.
MESSINA - Rag. Colosi Nicolò di Restuccia & C. s.a.s. - via Centonze, 227, isolato 66.	
MISILMERI - Ingrassia Maria Concetta - corso Vittorio Emanuele, 528.	

Le norme per le inserzioni nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, parti II e III e serie speciale concorsi, sono contenute nell'ultima pagina dei relativi fascicoli.

## PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - ANNO 2016

## PARTE PRIMA

I) Abbonamento ai soli fascicoli ordinari, incluso l'indice annuale	
— annuale	€ 81,00
— semestrale	€ 46,00
II) Abbonamento ai fascicoli ordinari, incluso i supplementi ordinari e l'indice annuale:	
— soltanto annuale	€ 208,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 1,15
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15

## SERIE SPECIALE CONCORSI

Abbonamento soltanto annuale	€ 23,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 1,70
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15

## PARTI SECONDA E TERZA

Abbonamento annuale	€ 166,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento semestrale	€ 91,00 + I.V.A. ordinaria
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 3,50 + I.V.A. ordinaria
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,00 + I.V.A. ordinaria

Fascicoli e abbonamenti annuali di annate arretrate: il doppio dei prezzi suddetti.

Fotocopia di fascicoli esauriti, per ogni fasciata € 0,15 + I.V.A. ordinaria

Per l'estero i prezzi di abbonamento e vendita sono il doppio dei prezzi suddetti

L'importo dell'abbonamento, **corredato dell'indicazione della partita IVA o, in mancanza, del codice fiscale del richiedente**, deve essere versato, a mezzo **bollettino postale**, sul c/c postale n. 00304907 intestato alla "Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana - abbonamenti", ovvero direttamente presso l'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione (Banco di Sicilia), indicando nella causale di versamento per quale parte della *Gazzetta* ("prima" o "serie speciale concorsi" o "seconda e terza") e per quale periodo (anno o semestre) si chiede l'abbonamento.

L'Amministrazione della Gazzetta non risponde dei ritardi causati dalla omissione di tali indicazioni.

In applicazione della circolare del Ministero delle Finanze - Direzione Generale Tasse - n. 18/360068 del 22 maggio 1976, il rilascio delle fatture per abbonamenti od acquisti di copie o fotocopie della *Gazzetta* deve essere esclusivamente richiesto, dattiloscritto, nella causale del certificato di accreditamento postale, o nella quietanza rilasciata dall'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione, unitamente all'indicazione delle generalità, dell'indirizzo completo di C.A.P., della partita I.V.A. o, in mancanza, del codice fiscale del versante, oltre che dall'esatta indicazione della causale del versamento.

Gli abbonamenti hanno decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre, se concernenti l'intero anno, dal 1° gennaio al 30 giugno se relativi al 1° semestre e dal 1° luglio al 31 dicembre, se relativi al 2° semestre.

I versamenti relativi agli abbonamenti devono pervenire improrogabilmente, pena la perdita del diritto di ricevere i fascicoli già pubblicati ed esauriti o la non accettazione, entro il 31 gennaio se concernenti l'intero anno o il 1° semestre ed entro il 31 luglio se relativi al 2° semestre.

I fascicoli inviati agli abbonati vengono recapitati con il sistema di spedizione in abbonamento postale a cura delle Poste Italiane S.p.A. oppure possono essere ritirati, a seguito di dichiarazione scritta, presso i locali dell'Amministrazione della *Gazzetta*.

L'invio o la consegna, a titolo gratuito, dei fascicoli non pervenuti o non ritirati, da richiedersi all'Amministrazione entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione o alla presentazione di una etichetta del relativo abbonamento.

Le spese di spedizione relative alla richiesta di invio per corrispondenza di singoli fascicoli o fotocopie sono a carico del richiedente e vengono stabilite, di volta in volta, in base alle tariffe postali vigenti.

**Si fa presente che, in atto, l'I.V.A. ordinaria viene applicata con l'aliquota del 22%.**

**AVVISO** Gli uffici della Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 ed il mercoledì dalle ore 16,15 alle ore 17,45. Negli stessi orari è attivo il servizio di ricezione atti tramite posta elettronica certificata (P.E.C.).



TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.  
VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

---

VITTORIO MARINO, *direttore responsabile*

MELANIA LA COGNATA, *condirettore e redattore*

---

SERISTAMPA di Armango Margherita - VIA SAMPOLO, 220 - PALERMO

---

**PREZZO € 5,75**

