

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**  
**Atti amministrativi**  
**GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 1314 del 01/07/2024

Seduta Num. 28

**Questo** lunedì 01 **del mese di** Luglio  
**dell' anno** 2024 **si è riunita in** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA  
**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Priolo Irene	Vicepresidente
3) Calvano Paolo	Assessore
4) Donini Raffaele	Assessore
5) Felicori Mauro	Assessore
6) Lori Barbara	Assessore
7) Mammi Alessio	Assessore
8) Salomoni Paola	Assessore
9) Taruffi Igor	Assessore

**Funge da Segretario l'Assessore:** Felicori Mauro

**Proposta:** GPG/2024/284 del 14/02/2024

**Struttura proponente:** DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

**Assessorato proponente:** ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

**Oggetto:** ATTUAZIONE DEL D.M. DEL MINISTRO DELLA SALUTE 19 DICEMBRE 2022. APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE.

**Iter di approvazione previsto:** Delibera ordinaria

**Responsabile del procedimento:** Mattia Altini

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Richiamati:

- il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" e, in particolare l'art. 8-quater, che stabilisce che:
  - l'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, nonché alle organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione delle cure domiciliari, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;
  - la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies;
- il DPR del 14 gennaio 1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate in termini metodologici e che prevede, tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private, che le stesse siano dotate di un definito insieme di attività e procedure riguardanti la gestione, valutazione e miglioramento della qualità;
- l'Intesa approvata in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento";
- l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo le Regioni e le Province autonome in materia di adeguamenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie del 19 febbraio 2015, che definisce le modalità e i tempi di attuazione del "Disciplinare tecnico", documento finalizzato alla revisione del sistema di accreditamento, già sancito con l'Intesa del 20 dicembre 2012;
- il Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";

Richiamati inoltre:

- le seguenti deliberazioni di Giunta regionale che delineano nel loro complesso il sistema di accreditamento della Regione Emilia-Romagna e che individuano i requisiti generali e specifici di accreditamento applicabili alle strutture sanitarie regionali pubbliche e private:
  - n. 327/2004 e successive modifiche e integrazioni, con cui questa Giunta ha definito i requisiti generali e specifici per l'accREDITamento delle strutture sanitarie e dei professionisti dell'Emilia-Romagna;
  - n. 1648/2009 "Prime modifiche al sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) nella Regione Emilia-Romagna in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni concernente "Riordino del Sistema di Formazione continua in medicina" del 1 agosto 2007: istituzione dell'Osservatorio regionale per l'Educazione Continua in Medicina";
  - n. 1332/2011 "AccREDITamento della funzione di governo aziendale della formazione continua: approvazione dei requisiti. Integrazioni alla DGR n. 327/2004 e modifiche alla DGR n. 1648/2009";
  - n. 1333/2011 "AccREDITamento della funzione di provider ECM: approvazione dei requisiti. Ulteriori modifiche alla DGR n. 1648/2009";
  - n. 286/2014 "Programmazione del percorso di allineamento delle residenze sanitarie psichiatriche già accreditate, gestite da enti non profit, ai nuovi requisiti e tariffe (DGR n. 1830/2013 e DGR n. 1831/2013) e domande di accREDITamento di nuove residenze sanitarie psichiatriche (ai sensi della DGR n. 624/2013)";
  - n. 865/2014 "Modifica deliberazioni n. 53/2013 e n. 624/2013 e ulteriori precisazioni in materia di accREDITamento delle strutture sanitarie";
  - n. 1311/2014 "Indicazioni in materia di accREDITamento delle strutture sanitarie pubbliche e private";
  - n. 1314/2015 "Indirizzi di programmazione regionale in attuazione della DGR 53/2013 in materia di accREDITamento delle strutture sanitarie";
  - n. 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accREDITamento delle strutture sanitarie", con la quale sono stati approvati i nuovi requisiti generali di accREDITamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione e si è stabilito che tali requisiti si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private;
  - n. 886/2022 "Approvazione di nuove disposizioni operative in materia di accREDITamento delle strutture sanitarie in attuazione della l.r. n. 22/2019", con la quale sono state fornite indicazioni uniformi applicabili, tenuto conto delle specificità di ciascun percorso, alla disciplina generale dell'accREDITamento ed alle indicazioni in materia di rilascio, rinnovo e variazione dell'accREDITamento di

attività sanitarie al fine di dare piena attuazione alla legge regionale n. 22/2019 e di garantire condizioni di qualità, sicurezza, equità e trasparenza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, nel rispetto dei bisogni di salute della collettività, che la l.r. individua come proprie finalità;

- n. 1023/2023, con la quale sono stati aggiornati gli indirizzi di programmazione regionale in tema di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private;
  - n. 990/2024 "Indirizzi di programmazione regionale dei fabbisogni per l'assistenza sanitaria della salute mentale adulti e neuropsichiatria di cui alla DGR 973/2019 e dei fabbisogni per l'accREDITAMENTO posti letto di hospice pediatrico. Definizione criteri di invio degli assistiti e tariffe hospice pediatrico";
- le determinazioni del Direttore generale sanità e politiche sociali e per l'integrazione:
- n. 3306/2012 "AccREDITAMENTO istituzionale della funzione di governo aziendale della formazione continua di cui alla DGR n. 1332/2011: definizione modalità di presentazione della domanda - Fase transitoria";
  - n. 3307/2012 "AccREDITAMENTO della funzione di provider ECM di cui alla DGR n. 1333/2011. Definizione del procedimento di verifica dei requisiti, delle attribuzioni e delle modalità organizzative e procedurali per l'espletamento delle relative attività istruttorie e del rilascio dei provvedimenti di accREDITAMENTO";

Richiamati:

- la Legge 5 agosto 2022, n. 118 "Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021" e, in particolare, l'art. 15, comma 1, lettera a), che ha sostituito il comma 7 dell'art. 8-quater del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e ha previsto che l'accREDITAMENTO istituzionale possa essere concesso dalle Regioni, oltre che in base al possesso dei requisiti definiti dall'Intesa Stato-Regioni n. 32/CSR del 19 febbraio 2015, anche "in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro della Salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131";
- il D.M. del Ministro della Salute 19 dicembre 2022, che ha dato attuazione a quanto disposto dal testo novellato dell'art. 8-quater del D.Lgs. 502/1992 sopra citato, definendo i criteri che le Regioni devono adottare nei propri ordinamenti per la

valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate, per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie;

- l'art. 5, comma 1, del D.M. sopra richiamato, il quale stabiliva inizialmente che le Regioni, entro 9 mesi dalla data della sua pubblicazione, dovessero adeguare il proprio ordinamento alle disposizioni del D.M. medesimo, termine successivamente prorogato al 31 dicembre 2024;

Richiamata inoltre la legge regionale n. 22/2019 "Nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Abrogazione della [legge regionale n. 34 del 1998](#) e modifiche alle leggi regionali [n. 2 del 2003](#), [n. 29 del 2004](#) e [n. 4 del 2008](#)" e, particolare l'art. 19, comma 1, "Requisiti per l'accreditamento", il quale stabilisce che: "La Giunta regionale, acquisito il parere della commissione assembleare competente, approva i requisiti di accreditamento elaborati ed aggiornati mediante un processo metodologicamente controllato, condiviso e trasparente, tenuto conto degli obiettivi di semplificazione, qualità dell'assistenza e sicurezza e gli indicatori finalizzati alla valutazione dell'attività svolta e dei risultati; provvede inoltre alla loro revisione in rapporto all'evoluzione normativa, tecnologica, organizzativa e scientifica";

Ritenuto necessario pertanto con il presente atto integrare i requisiti generali già vigenti con i requisiti stabiliti nel D.M. 19 dicembre 2022 per il rilascio dei nuovi accreditamenti istituzionali, dando atto che buona parte dei requisiti indicati nel D.M. stesso, relativi a qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate, sono già ricompresi tra i requisiti generali di accreditamento approvati con propria delibera n. 1943/2017 e nei requisiti soggettivi approvati con la propria delibera n. 886/2022;

Richiamato inoltre il D.M. n. 232/2023 del Ministro delle Imprese e del Made in Italy, di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, relativo al "Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati, in attuazione dell'[art. 10, comma 6, della legge 8 marzo 2017, n. 24](#)";

Considerato che:

- il D.M. 19 dicembre 2022 sopra citato include tra i requisiti generali di accreditamento nell'ambito "sicurezza" la presenza di valida ed idonea copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, parametrata al volume di attività complessivamente svolta dalla struttura e la sua pubblicazione sul sito internet della struttura stessa;
- il D.M. 232/2023, sopra richiamato, determina i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio, e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati;

Ritenuto necessario conseguentemente includere tra i requisiti soggettivi già approvati con la propria delibera 886/2022 anche la presenza di una valida e idonea copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, parametrata al volume di attività complessivamente svolta dalla struttura e la sua pubblicazione sul sito internet della struttura stessa, nel rispetto di quanto disposto dal D.M. 232/2023 sopra citato;

Visti:

- il D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporto di lavoro nella Regione Emilia-Romagna";

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017, relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, predisposte in attuazione della propria delibera n. 468/2017;
- n. 325 del 7 marzo 2022 "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale";
- n. 426 del 21 marzo 2022 "Riorganizzazione dell'Ente a seguito

del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale. Conferimento degli incarichi ai Direttori Generali e ai Direttori di Agenzia”;

- n. 2114 del 5 dicembre 2022 “Individuazione, ai sensi dell'art. 3, comma 1, della l.r. 22/2019, del coordinatore per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie”;
- n. 2077 del 27 novembre 2023 “Nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza”;
- n. 2317 del 22 dicembre 2023, recante “Disciplina organica in materia di organizzazione dell'ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1° gennaio 2024”;
- n. 2319 del 22 dicembre 2023 “Modifica degli assetti organizzativi della Giunta regionale. Provvedimenti di potenziamento per fare fronte alla ricostruzione post alluvione e indirizzi operativi”;
- n. 157 del 29 gennaio 2024, recante “Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione 2024 - 2026. Approvazione”;

Richiamate infine le determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 9 febbraio 2022 “Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto legislativo n. 33 del 2013. Anno 2022”;
- n. 7162 del 15 aprile 2022 “Ridefinizione dell'assetto delle Aree di lavoro dirigenziali della Direzione Generale Cura della Persona ed approvazione di alcune declaratorie”;

Considerati gli esiti del confronto con le strutture sanitarie regionali pubbliche e private sviluppatosi tra la fine del 2023 e i primi mesi dell'anno 2024 e finalizzato a raccogliere eventuali osservazioni in merito ai nuovi requisiti generali disciplinati dal presente provvedimento;

Ritenuto pertanto di approvare il documento “Requisiti generali di accreditamento”, allegato al presente provvedimento come sua parte integrante e sostanziale;

Su proposta del coordinatore per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie;

Acquisito il parere favorevole della IV Commissione Assembleare “[Politiche per la Salute e politiche sociali](#)” in data 24 giugno 2024;

Dato atto che il Responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

## D E L I B E R A

1. di approvare, in attuazione di quanto disposto dal D.M. 19 dicembre 2022, i requisiti generali di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private regionali, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di stabilire che i requisiti di cui al punto che precede, sostituiscono integralmente quelli approvati con la propria delibera n. 1943/2017 e si applicano a tutte le tipologie di strutture ivi comprese le strutture di salute mentale, dipendenze patologiche e neuropsichiatria, ADI e hospice;
3. di confermare che tali requisiti si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private, cioè prioritariamente a livello delle Direzioni delle diverse organizzazioni sanitarie;
4. di stabilire che tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate devono possedere i requisiti generali di cui al punto 1., ivi compresi quelli introdotti con il presente atto, al momento della presentazione della domanda di rinnovo o variazione o nuovo accreditamento e comunque entro e non oltre il 31/12/2024, ad esclusione del requisito di cui al punto successivo che dovrà essere posseduto nel rispetto delle tempistiche indicate nel decreto 232/2023;
5. di modificare il paragrafo "Requisiti del soggetto richiedente l'accreditamento (c.d. Requisiti soggettivi)" della propria delibera n. 886/2022 inserendo il seguente ulteriore requisito soggettivo:
  - *"Presenza di valida ed idonea copertura assicurativa, o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, parametrata al volume di attività complessivamente svolta dalla struttura, e sua pubblicazione sul sito internet della struttura stessa, così come disposto dal D.M. 232/2023"*;
6. di stabilire che, ai fini del rilascio di accreditamenti istituzionali, in attuazione di quanto disposto dal D.M. 19.12.2022 sopra citato, oltre al possesso dei requisiti generali di cui all'allegato A, e di quelli soggettivi elencati nella propria delibera n. 886/2022, così come modificata al punto 5. del presente provvedimento, in fase istruttoria, devono altresì essere valutati, in relazione alla tipologia di struttura sanitaria ed alle tipologie di attività svolte, anche:
  - i volumi, la qualità e gli esiti delle prestazioni correntemente già svolte dalla struttura richiedente e, e per quanto riguarda le strutture non ancora accreditate, delle prestazioni già erogate in regime di autorizzazione all'esercizio;



- l'impegno al perseguimento degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni, tenendo conto della normativa sulla gestione del rischio clinico e degli elementi riferiti alla sicurezza riportati nell'Allegato A del presente atto;
  - gli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate;
7. di stabilire che le strutture autorizzate all'esercizio, che presentano l'istanza di accreditamento, e le strutture già accreditate, che presentano domanda di rinnovo o variazione, devono presentare, a corredo di tale istanza, una autovalutazione (sotto forma di autodichiarazione), in merito al possesso dei requisiti di accreditamento ed all'aderenza ai requisiti medesimi riportati nell'Allegato A del presente atto, nonché, con riferimento alle strutture richiedenti non ancora accreditate, una relazione sull'attività già svolta in regime di autorizzazione;
  8. di dare mandato alla Direzione generale Cura della persona, salute e welfare di apportare tutte le modifiche e integrazioni necessarie alla modulistica per la presentazione della domanda e di dare al presente atto la massima diffusione;
  9. fermo quanto previsto ai punti precedenti, di confermare le proprie delibere n. 1943/2017 e n. 886/2022 in ogni altra loro parte;
  10. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;
  11. di pubblicare la presente delibera nel B.U.R.E.R.T. (Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna).

## Requisiti Generali di Accreditamento

<b>1° Criterio - Attuazione di un SISTEMA DI GESTIONE delle strutture sanitarie</b>	
<b>REQUISITO RER</b>	<b>ELEMENTI DI VALUTAZIONE</b>
1.1 La pianificazione, programmazione, organizzazione e verifica delle attività clinico-assistenziali e di supporto sono coerenti con le linee di programmazione regionale.	1.1.1 La documentazione relativa alla pianificazione è disponibile in tempi funzionali e coerenti alla realizzazione di quanto programmato.
	1.1.2 La documentazione relativa alla pianificazione è diffusa ai diversi livelli organizzativi.
	1.1.3 Gli obiettivi sono declinati in relazione alle responsabilità e ai temi.
	1.1.4 La pianificazione è coerente con la Mission e Vision della struttura.
1.2. Le strutture pubbliche e private coinvolte, a vario titolo, nello sviluppo di reti assistenziali e in percorsi di cura organizzati in reti locali e regionali garantiscono la continuità, anche attuando una sinergia tra percorsi di cura e modelli organizzativi.	1.2.1 Per le reti clinico-assistenziali sono definiti le finalità, i nodi che le compongono e i rispettivi ruoli, i livelli di responsabilità, le modalità di coordinamento e di funzionamento nel rispetto delle direttive regionali.
	1.2.2 Sono esplicitati e documentati i criteri, gli elementi e gli indicatori per la valutazione del funzionamento delle reti clinico-assistenziali.
1.3 La direzione ha formalizzato e attuato il sistema di attribuzione delle responsabilità a tutti i livelli dell'organizzazione (gestionali, tecnico-professionali, clinico-organizzativi).	1.3.1 Sono definiti modalità e strumenti per l'attribuzione delle responsabilità.
	1.3.2 È formalizzato un sistema di valutazione periodica delle performance individuali relativo alle responsabilità assegnate e al sistema delle deleghe.
	1.3.3 È adottato un codice di comportamento e/o etico <sup>(1)</sup> .
	1.3.4 È presente un organismo interno di controllo o, per le strutture private, una funzione per la prevenzione della corruzione e per l'adempimento degli obblighi di trasparenza e, sia per le strutture pubbliche che private, le relative misure operative in materia di prevenzione della corruzione e gestione degli obblighi di trasparenza.
1.4 La struttura dispone di sistemi informativi che rispondono ai debiti informativi verso le Istituzioni (Ministero, Regione, ecc.).	1.4.1 I sistemi informativi garantiscono: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sicurezza nell'accesso, integrità e tracciatura dei dati sanitari;</li> <li>- supporto alle attività di pianificazione e controllo, gestione e miglioramento delle attività e dei servizi;</li> <li>- diritti dei cittadini ad una informazione trasparente, in particolare: liste di attesa e prenotazioni delle prestazioni sanitarie;</li> <li>- continuità operativa nel caso di interruzione di uno o più sistemi informatici in base alle criticità dei dati contenuti.</li> </ul>
	1.4.2 È presente attività di valutazione della qualità dei dati contenuti nei flussi provenienti da fonti esterne.
	1.4.3 È presente attività di valutazione della qualità delle informazioni in termini di completezza, affidabilità, accuratezza e validità dei dati provenienti da fonti interne.

1.5 La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata dei volumi, qualità ed esiti delle prestazioni e dei servizi erogati ai diversi livelli delle strutture pubbliche/private finalizzato al miglioramento delle performance.	1.5.1 Il programma prevede l'utilizzo di indicatori di valutazione afferenti al sistema informativo regionale e alla qualità dalla parte del cittadino.
	1.5.2 Sono valutati i volumi, qualità ed esiti delle prestazioni di struttura pubblica e privata e, e per quanto riguarda le strutture non ancora accreditate, delle prestazioni già erogate in regime di autorizzazione all'esercizio <sup>(2)</sup> .
	1.5.3 Sono definite le responsabilità per la valutazione.
	1.5.4 Sono definite le modalità di comunicazione dei risultati alle parti interessate (interne ed esterne).
	1.5.5 È previsto il coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione.
	1.5.6 Sono utilizzati strumenti di valutazione riconosciuti dalla comunità scientifica.
	1.5.7 I sistemi di valutazione aziendale sono integrati (performance, risultato, budget, ecc.).
<b>2° Criterio – PRESTAZIONI E SERVIZI</b>	
<b>REQUISITO RER</b>	<b>ELEMENTI DI VALUTAZIONE</b>
2.1 La Struttura dispone di strumenti informativi rivolti all'utenza, in particolare Carta dei Servizi e altro materiale informativo (cartaceo e on-line).	2.1.1 Le prestazioni e i servizi sono comunicati mediante strumenti informativi (carta dei servizi ed altri strumenti).
	2.1.2 Gli strumenti informativi nel loro insieme assicurano l'informazione circa la tipologia e la sede delle attività svolte, le modalità di accesso, di erogazione e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini.
	2.1.3 Le prestazioni ed i servizi dichiarati sono coerenti con quanto erogato/autorizzato.
	2.1.4 La struttura definisce le responsabilità e le modalità di coinvolgimento delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e dei volontari per la predisposizione e la revisione degli strumenti informativi, per quanto applicabile rispetto al ruolo della struttura.
2.2 La struttura dispone, ai diversi livelli organizzativi, di strumenti che descrivono le modalità di gestione del percorso clinico-assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali	2.2.1 I percorsi definiti e le relative modalità di presa in carico prevedono la valutazione multidisciplinare delle condizioni e dei bisogni della persona.
	2.2.2 Sono definiti i criteri per l'eleggibilità dei pazienti.
	2.2.3 Sono esplicitate le responsabilità per la presa in carico, la cura e la continuità dell'assistenza.
2.3 L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza	2.3.1 Sono presenti modalità codificate e criteri di appropriatezza per il passaggio in cura nei diversi setting assistenziali.
	2.3.2 Sono presenti modalità codificate e criteri di appropriatezza per dimissioni protette.
	2.3.3 Sono definite modalità per garantire i collegamenti funzionali tra i servizi e con le strutture sanitarie e sociosanitarie coinvolte nell'assistenza.
	2.3.4 Sono definite modalità per effettuare il trasporto sicuro del paziente (intra – inter – extraospedaliero).

	<p>2.3.5 Sono presenti documenti che definiscano l'appropriatezza per i controlli/follow up in patologie specifiche, per quanto applicabile rispetto al ruolo della struttura.</p> <p>2.3.6 Sono definite modalità di trasferimento delle informazioni e loro registrazione all'interno della documentazione clinica, anche per dimissioni protette e/o assistite.</p>
2.4 L'organizzazione effettua valutazioni del grado di aderenza a percorsi clinico-assistenziali e/o linee guida della qualità del percorso di cura come percepito da parte dei pazienti e/o dei caregiver.	<p>2.4.1 È effettuata la valutazione della qualità del percorso di assistenza, mediante indicatori e audit.</p> <p>2.4.2 Sono effettuati interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate.</p> <p>2.4.3 È garantito il ritorno delle informazioni relative ai risultati di audit, di altri metodi di valutazione e di percorsi di miglioramento a tutti gli operatori coinvolti.</p> <p>2.4.4 Sono informate le parti interessate, Strutture e Professionisti esterni all'organizzazione, sulle attività di valutazione svolte raccogliendo i loro suggerimenti ai fini del miglioramento.</p>
2.5 L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria.	<p>2.5.1 Sono definiti gli elementi costitutivi della documentazione sanitaria (gestita in forma cartacea e/o informatizzata) e loro organizzazione.</p> <p>2.5.2 Sono definite le modalità di aggiornamento, compilazione e tenuta (gestione, uso da parte dei professionisti) della documentazione sanitaria, anche nei trasferimenti di setting assistenziali, ai fini della sicurezza dei pazienti, in linea con il livello di informatizzazione posseduto <sup>(3)</sup>.</p> <p>2.5.3 Sono previste modalità di verifica della documentazione sanitaria, di conservazione e archiviazione, integrità, accesso e sicurezza, tenendo conto delle indicazioni normative vigenti <sup>(4)</sup>.</p> <p>2.5.4 Sono previste modalità per garantire il rispetto della normativa vigente in materia di documentazione, privacy e riservatezza delle informazioni.</p> <p>2.5.5 Sono previste modalità per garantire la rintracciabilità di attività legate a protocolli di ricerca/studi clinici, per quanto applicabile rispetto al ruolo della struttura.</p> <p>2.5.6 Sono previste modalità di valutazione della qualità della documentazione sanitaria <sup>(4)</sup>.</p> <p>2.5.7. È garantito il rispetto dei termini di legge per il rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto <sup>(3)</sup>.</p> <p>2.5.8 È garantita la tempestività e continuità nell'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico <sup>(5)</sup>.</p> <p>2.5.9 Sono previste modalità di implementazione di azioni correttive, se necessarie.</p>
<b>3° Criterio – ASPETTI STRUTTURALI E TECNOLOGICI</b>	
<b>REQUISITO RER</b>	<b>ELEMENTI DI VALUTAZIONE</b>
3.1 La direzione garantisce l'idoneità all'uso delle strutture.	3.1.1 È documentata la pianificazione degli interventi necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura.

	<p>3.1.2 È formalizzato e messo in atto un programma di monitoraggio dell' idoneità della struttura che fornisca anche dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi.</p> <p>3.1.3 È garantita la gestione e la manutenzione delle strutture e degli impianti.</p>
3.2 La direzione garantisce la gestione e la manutenzione delle attrezzature anche attraverso il controllo di eventuali fornitori esterni.	<p>3.2.1 È presente l' inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l' identificazione delle stesse.</p> <p>3.2.2 La documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, a corredo delle stesse è resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione.</p> <p>3.2.3 È presente il piano per la gestione e manutenzione (ordinaria e programmata) delle attrezzature e sua comunicazione ai diversi livelli operativi.</p> <p>3.2.4 Sono definite modalità per la valutazione della dotazione e vetustà delle apparecchiature <sup>(6)</sup>.</p> <p>3.2.5. è correttamente e sistematicamente alimentato il Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie (GRAP) <sup>(7)</sup>.</p> <p>3.2.6 È disponibile la documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione.</p> <p>3.2.7 Sono definite modalità di dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.</p> <p>3.2.8 I programmi aziendali di formazione includono periodi di addestramento del personale coinvolto nell' utilizzo, nella manutenzione e dismissione.</p>
<b>4° Criterio – COMPETENZE DEL PERSONALE</b>	
<b>REQUISITO RER</b>	<b>ELEMENTI DI VALUTAZIONE</b>
4.1 L'organizzazione dispone di un sistema per la programmazione e verifica della formazione al fine del mantenimento e dello sviluppo delle competenze.	<p>4.1.1 Il sistema di gestione delle competenze è coerente con le attività svolte, le modifiche introdotte e le innovazioni.</p> <p>4.1.2 Il sistema tiene conto del percorso di sviluppo delle competenze.</p> <p>4.1.3 Il sistema tiene conto dei bisogni formativi.</p> <p>4.1.4 Il sistema tiene conto dei bisogni dell'organizzazione che comprendono anche i temi del rischio sanitario e della sicurezza.</p> <p>4.1.5 Il sistema tiene conto della valutazione delle competenze (tecnico-professionali, comunicativo-relazionali, organizzativo-gestionali, in relazione al ruolo svolto) di tutto il personale sanitario operante nella struttura.</p>
4.2 L'organizzazione definisce e mette in atto le modalità di inserimento e di addestramento del personale	<p>4.2.1 Le modalità di inserimento sono comprensive della fase di valutazione per tutto il personale neo-assunto e neo-inserito.</p> <p>4.2.2 I percorsi di inserimento e addestramento sono sottoposti periodicamente a valutazione ai fini del loro aggiornamento e miglioramento.</p>
<b>5° Criterio – COMUNICAZIONE</b>	
<b>REQUISITO RER</b>	<b>ELEMENTI DI VALUTAZIONE</b>
5.1 L'organizzazione dispone di un sistema di comunicazione interna, diffuso e articolato a tutti i livelli.	5.1.1 Il sistema garantisce l'informazione, la partecipazione e la condivisione, ai fini del perseguimento delle strategie e degli obiettivi aziendali.
5.2 L'organizzazione definisce e utilizza	5.2.1 è disponibile l'evidenza dell'analisi dei risultati delle

periodicamente modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione.	attività di valutazione rivolte al personale (es. indagini di clima interno, valutazioni stress-lavoro correlato, benessere organizzativo, ecc.)
	5.2.2 I dati emersi sono condivisi con personale coinvolto.
	5.2.3 Sono pianificate le azioni conseguenti.
5.3 L'organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai caregiver e ai cittadini.	5.3.1 Sono fornite informazioni relativamente a servizi e relativi tempi di erogazione.
	5.3.2 Sono fornite informazioni relative a diritti, doveri, rischi, e benefici delle prestazioni proposte.
5.4 L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, famigliari e caregiver delle scelte clinico – assistenziali e delle attività di promozione della salute.	5.4.1 È prevista la condivisione con il paziente della pianificazione assistenziale.
5.5 L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (pazienti, famigliari, caregiver) ai fini di: - coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale - migliorare i percorsi assistenziali - migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente prevenire i disservizi.	5.5.1 Sono in uso strumenti di ascolto, promossi dalla Regione, derivanti dalla letteratura (es: indagini qualità percepita, focus group, indagini etnografiche, ecc.).
	5.5.2 Sono presenti attività di ascolto dei pazienti famigliari, caregiver e utilizzo dei risultati ai fini del miglioramento (es: piani e progetti di miglioramento).
	5.5.3 È presente un sistema di gestione dei reclami, suggerimenti, rilievi, elogi, ecc.
	5.5.4 Sono definite modalità volte a rilevare in modo tempestivo i disservizi e le situazioni a rischio di disservizio.
	5.5.5 Le informazioni inerenti ai disservizi reali o potenziali sono utilizzate per prevenirne il riaccadimento e apportare miglioramenti ai servizi erogati.
	5.5.6 Le analisi dei disservizi reali o potenziali sono utilizzate nella definizione degli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità e della sicurezza.
<b>6° Criterio – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA</b>	
<b>REQUISITO RER</b>	<b>ELEMENTI DI VALUTAZIONE</b>
6.1 La struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatezza nella pratica professionale.	6.1.1 Tutto il personale sanitario operante nella struttura è coinvolto nell'implementazione, applicazione e valutazione di protocolli, linee guida e percorsi.
	6.1.2 Sono presenti attività di valutazione/autovalutazione degli esiti utilizzando indicatori definiti o strumenti che permettano di valutare i risultati attesi.
	6.1.3 Sono definiti obiettivi di budget/linee di indirizzo/programmi per lo sviluppo degli strumenti utili per scelte professionali appropriate.
	6.1.4 Presenza di percorsi integrati, linee guida, buone pratiche professionali e altri strumenti approvati dalla direzione.
	6.1.5 È presente un sistema strutturato di governo finalizzato allo sviluppo, implementazione e valutazione degli strumenti utilizzati.
6.2 La Direzione elabora, attua e verifica il	6.2.1 È presente un documento di pianificazione annuale per

piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario o altro documento di pianificazione per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario secondo le indicazioni regionali e nazionali.	la gestione del rischio (“piano programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario” per le strutture di ricovero ospedaliero, o altro documento di pianificazione per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario per le altre strutture) <sup>(8)</sup> .
	6.2.2 Il documento di pianificazione annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario comprende, nelle strutture dotate di Pronto Soccorso, elementi per la gestione delle emergenze sanitarie <sup>(8)</sup> .
	6.2.3 Il documento di pianificazione annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario <del>include</del> comprende le misure volte al controllo delle infezioni correlate all’assistenza.
	6.2.4 Il documento di pianificazione annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario comprende specifici eventi/progetti formativi sul tema per tutto il personale operante nella struttura.
	6.2.5 Gli elementi del documento di pianificazione annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario sono declinati negli obiettivi di budget inerenti alla sicurezza.
	6.2.6 La realizzazione degli obiettivi del documento di pianificazione annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario e i risultati raggiunti sono verificati periodicamente.
	6.2.7 È presente una funzione formalizzata (responsabilità e architettura) del sistema per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario <sup>(9)</sup> .
	6.2.8 È presente, nell’ambito delle strutture di ricovero pubbliche e private ospedaliere, un Comitato Valutazione Sinistri in cui il Risk manager (o un suo delegato) è membro stabile ed effettivo <sup>(9)</sup> .
	6.2.9 È presente una valida e idonea copertura assicurativa pubblicata sul sito internet della struttura <sup>(10)</sup> .
6.3 La struttura adotta strumenti / metodi per la gestione del rischio e degli incidenti.	6.3.1 È presente e in uso un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, <i>near miss</i> , eventi sentinella) comprensivo dei dati raccolti attraverso i relativi debiti informativi nazionali (SIMES) e sono definite e applicate le modalità di restituzione a tutti i professionisti operanti in struttura e stakeholder <sup>(11)</sup> .
	6.3.2 È fornito supporto ai professionisti per le segnalazioni nei flussi previsti.
	6.3.3 È presente una modalità formalizzata per la comunicazione degli eventi avversi di maggiore gravità.
	6.3.4 Sono utilizzate check list di controllo negli specifici ambiti.
	6.3.5 Sono adottati strumenti proattivi per l’identificazione e l’analisi dei rischi (ad es. FMEA-FMECA, visite per la sicurezza).
	6.3.6 È monitorato lo stato di attuazione del Piano programma di sicurezza delle cure e di gestione del rischio sanitario o altro documento di pianificazione per la sicurezza

	delle cure e gestione del rischio sanitario.
	6.3.7 Sono effettuate la raccolta, analisi e valutazione dei dati e sono predisposte e monitorate eventuali azioni di miglioramento.
6.4 Applicazione e diffusione delle raccomandazioni nazionali e regionali in materia di rischio clinico	6.4.1 Sono implementati e monitorati: buone pratiche, procedure e protocolli, riferibili al contesto specifico, secondo le indicazioni di raccomandazioni e linee di indirizzo ministeriali e regionali per la prevenzione degli eventi avversi e delle situazioni a rischio <sup>(12)</sup> .
<b>7° Criterio – PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE</b>	
<b>REQUISITO RER</b>	<b>ELEMENTI DI VALUTAZIONE</b>
7.1 L'organizzazione implementa un programma per il miglioramento, con particolare riferimento ad aree prioritarie di intervento sulla base della valutazione dei risultati conseguiti.	7.1.1 Sono definite responsabilità, ruoli, risorse per il miglioramento e, se necessario, attività formativa specifica.
	7.1.2 Le attività di miglioramento prioritarie e/o integrate tra strutture sono realizzate con modalità definite (azioni/progetto).
	7.1.3 È monitorato periodicamente lo stato di avanzamento dei progetti e/o le azioni di miglioramento in atto.
	7.1.4 I risultati conseguiti sono diffusi alle parti interessate.
7.2 L'organizzazione rileva il fabbisogno tecnologico.	7.2.1 L'introduzione di nuove tecnologie è valutata ai fini della selezione, acquisizione e allocazione coerentemente con le indicazioni regionali.
7.3 L'organizzazione adotta e mette in atto modalità per la rilevazione e la valutazione dei fabbisogni di innovazioni tecnico – professionali e organizzative.	7.3.1 È coinvolto il personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative.
	7.3.2 È monitorata l'efficacia del percorso di innovazione attraverso una valutazione periodica.
7.4 L'organizzazione sviluppa modalità di integrazione tra assistenza e/o didattica e/o ricerca	7.4.1 Sono adottati strumenti per regolare la didattica e la presenza in servizio di personale in formazione (studenti, tirocinanti, specializzandi).
	7.4.2 È garantita ai pazienti coinvolti la trasparenza nello svolgimento di attività di ricerca/studi clinici.
	7.4.3 Nel caso in cui la struttura sia sede o sia coinvolta in attività di ricerca, promuove l'adozione di innovazioni che derivano dalla ricerca svolta.
<b>8° Criterio – UMANIZZAZIONE</b>	
<b>REQUISITO RER</b>	<b>ELEMENTI DI VALUTAZIONE</b>
8.1 L'organizzazione definisce, realizza e valuta azioni e progetti per la umanizzazione, l'equità e la personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente.	8.1.1 Sono definite modalità organizzative per l'accesso e la dimissione orientate al riconoscimento e rispetto delle differenze e delle fragilità.
	8.1.2 È prevista la formazione degli operatori inerente agli aspetti relazionali.
	8.1.3 Sono effettuate indagini finalizzate a misurare la qualità relazionale percepita dagli utenti.
	8.1.4 È garantita la partecipazione del cittadino nella strutturazione e valutazione dei PDTA, per quanto applicabile rispetto al ruolo della struttura.

**NOTE**



(1)	Requisito soggettivo richiesto dalla deliberazione di Giunta regionale n. 886 del 06.06.2022. In sede di stipula di accordi con le strutture del SSR, è prevista l'impegno ad adottare, ove non già presente, un Codice di comportamento del personale avente analogo contenuto di quello adottato dall'Azienda Sanitaria di riferimento; a riguardo si rimanda anche alla deliberazione di Giunta n. 1956 del 13.11.2023.
(2)	Requisito D.M. 19 dicembre 2022: "Volumi ed esiti delle prestazioni di struttura già erogate in regime di autorizzazione all'esercizio DM 19 dicembre 2022" (per rilascio di nuovi accreditamenti, in sede di prima applicazione solo per strutture ospedaliere). Fare riferimento sia a indicatori di esito (es. complicanze post-chirurgiche, infezioni, ecc.), che di processo (es. tempo intercorrente tra diagnosi e intervento chirurgico), o altri indicatori di qualità delle prestazioni erogate. Con riferimento alle strutture non ancora accreditate che non sono tenute ad inserire i dati sulle piattaforme ASA e SDO, la valutazione dei volumi, qualità ed esiti delle prestazioni avviene sull'autodichiarazione della struttura stessa
(3)	Requisito D.M. 19 dicembre 2022: "Organizzazione sistematica e regolare della documentazione sanitaria, in coerenza con il requisito 2.5 del "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e rispetto dei termini di legge per il rilascio agli aventi diritto" (Legge n. 24/2017 art.4, comma 2, che prevede dai 7 ai 30 giorni).
(4)	Requisito DM 19 dicembre 2022: "Esiti dei controlli disposti dalla normativa vigente sulle cartelle cliniche, ambulatoriali e altra documentazione clinica redatta all'interno della struttura, in regime di ricovero o in altro regime di erogazione".
(5)	Requisito DM 19 dicembre 2022: "È garantita la tempestività e continuità nell'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico". Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico – Allegato G.U. Serie generale n.160 – ver 1.0 27/3/2022.
(6)	Requisito DM 19 dicembre 2022: "Dotazione e vetustà delle attrezzature DM 19 dicembre 2022". È possibile prendere, come riferimenti teorici, il ciclo di vita (o vita media) delle apparecchiature: 1) per le tecnologie biomediche "standard" (cioè non grandi apparecchiature) 8 anni; 2) per le tecnologie biomediche GrAp (Grandi Apparecchiature, TAC, RMN, mammografo, PET/TC, ecc.) 12 anni (anche di più) in virtù del fatto che queste tecnologie hanno sempre (o quasi sempre) dei contratti di manutenzione full-risk col fabbricante.
(7)	<a href="#">DM 22 aprile 2014</a> : Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate; Circolare n. 11 del 21/9/2015 strutture private accreditate; <a href="#">Circolare n. 16 del 29/09/2014</a> : Avvio flusso informativo delle Grandi Apparecchiature Sanitarie – GRAP.
(8)	Requisito DM 19 dicembre 2022: "Piano annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario, Piano annuale delle emergenze sanitarie e Piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)". Per "emergenze sanitarie" fare riferimento a: "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso della Regione Emilia-Romagna" - DGR 17 NOVEMBRE 2017, N. 1827 e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso" a cura di Ministero della salute, Anno 2019.
(9)	Requisito DM 19 dicembre 2022: "Presenza di una funzione di risk management dedicata alla prevenzione e gestione del rischio sanitario coordinata ai sensi dell'art. 1, comma 548 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, così come modificato dall'art. 16, comma 2 della Legge 24 2017. Presenza, in ambito ospedaliero, di un Comitato Valutazione Sinistri di cui il Risk Manager è membro stabile ed effettivo". Le strutture sanitarie private possono partecipare a un Comitato di Valutazione Sinistri di gruppo, a cui il Risk manager di struttura o un suo delegato partecipa in forma stabile ed effettiva.

(10)	<p>Requisito DM 19 dicembre 2022: “Presenza di valida e idonea copertura assicurativa e di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d’opera, parametrata al volume di attività svolta dalla struttura (pubblicazione sul sito internet della struttura)”. L’organizzazione deve definire misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d’opera, pubblicata sul Sito Internet entro i tempi stabiliti (31/03 di ogni anno). In merito alla valida e idonea copertura assicurativa, si veda il D.M. n. 232/2023 del Ministro delle Imprese e del Made in Italy, di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, relativo al “Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un’impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati, in attuazione dell’art. 10, comma 6, della legge 8 marzo 2017, n. 24”.</p>
(11)	<p>Requisito DM 19 dicembre 2022: “È presente e in uso un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, <i>near miss</i>, eventi sentinella) comprensivo dei dati raccolti attraverso i relativi debiti informativi nazionali (SIMES) e di cui all’art. 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24 (“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”).</p>
(12)	<p>Requisito DM 19 dicembre 2022: “Applicazione e diffusione delle raccomandazioni nazionali e regionali in materia di rischio clinico come previsto dal “Disciplinare per la revisione della normativa dell’accreditamento di cui all’Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR), per l’ambito assistenziale di riferimento”.</p>

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Mattia Altini, Responsabile di SETTORE ASSISTENZA OSPEDALIERA esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2024/284

IN FEDE

Mattia Altini

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Luca Baldino, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2024/284

IN FEDE

Luca Baldino

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

**Atti amministrativi**

**GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 1314 del 01/07/2024

Seduta Num. 28

OMISSIS

---

L'assessore Segretario

Felicori Mauro

---

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi